

Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRECTOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitinguy, 114 — Telephone, 7-4020
Caixa Postal, 1574. S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 anno 30\$000; por 2 annos 50\$000

Vol. XXXIX

Ab:il de 1940

N. 4

Do diagnóstico sorológico das Leishmanioses *

Dr. A. Frância Martins

Assistente-bacteriologista do Instituto Bacteriologico de São Paulo

O diagnóstico sorológico das Leishmanioses tem sido estudado com interesse por muitos experimentadores nos ultimos anos.

O principal escopo dessas pesquisas é contribuir para a clinica com dados que confirmem um diagnóstico suspeito, estabeleça uma certeza de cura, ou evidencie o mal em seus casos atípicos.

Para o diagnóstico precoce, as reações sorologicas pouco auxilio trazem ao clinico, recorrendo-se nesses casos ao exame do sangue circulante, ou melhor, á medula ossea e á punção do baço e figado, onde as formas do parasito são evidenciadas quer pelos exames diréto corados pelos processos usuais, quer pela cultura de preferencia em meios ricos em sangue.

Diferem um pouco os meios de diagnóstico nas leishmanioses viscerais e tegumentares; na primeira, o diagnóstico torna-se mais difficil, empregando-se para precisa-los, técnicas mais delicadas de colheita de material; na segunda, já o aspecto clinico do caso desperta a ideia do diagnóstico, tais as características com que ele se apresenta.

Quasi a totalidade dos estudos sobre o diagnóstico sorológico das Leishmanioses, se referem á Leishmaniose interna, isto é, ao Kala-azar e á Leishmaniose visceral americana. Sobre as

* Resumo feito na 1.a reunião científica semanal do Instituto Bacteriologico, em 5 de Agosto de 1939.

Leishmanioses tegumentares, principalmente à úlcera de Baurú, poucos estudos têm sido levados a bom termo.

Não pretendemos neste pequeno resumo, tratar do diagnóstico em geral das Leishmanioses, mas resumir as diferentes técnicas sorológicas de diagnóstico, esclarecendo sempre que possível o seu mecanismo e a porcentagem de frequência nos casos positivos e negativos da molestia em questão. Nossa ideia é estabelecer um apanhado geral do assunto, parte de um plano de estudos sobre Leishmaniose tegumentar brasileira, da comissão presidida pelo Prof. Samuel Pessôa, e Dr. Bruno Rangel Pestana.

Na segunda parte deste trabalho, que será publicada nesta mesma revista, examinaremos algumas destas reações em confronto, afim de dar-mos nossa opinião a respeito do seu valor na Leishmaniose tegumentar americana.

Reação de Brahmachari — Consiste esta reação na formação de um anel de turvação no limite de separação do soro do doente com Leishmaniose e da água destilada.

Técnica:

Água destilada.....	2 a 3 c.c.
Soro a examinar.....	1 c.c.

Colocar o soro no fundo do tubo de ensaio, e deixar a água destilada escorrer lentamente pela parede do tubo, afim de vir a se sobrepôr ao soro. No limite de separação formar-se-á, segundo Brahmachari, um anel de turvação, tanto mais forte quanto mais intensa a reação. Afirma o mesmo autor, que a reação aparece até nos sôros diluídos em solução fisiológica na proporção de 1:10 e 1:20.

Em trabalho publicado na "Revista de Medicina", José Alcantara Madeira e H. Cerruti (1), estudaram a reação de Brahmachari na Leishmaniose tegumentar americana, e teceram considerações teóricas sobre a mesma. Citam a modificação introduzida por Nasso, em 1923, que procurou diferenciar em 5 tipos a intensidade da reação, desde +++ até —, baseado na intensidade do aparecimento do anel e na turvação do líquido sobrenadante. Para Millio, esta turvação seria uma floculação, em tudo diferente à que aparece nos sôros de doentes não atacados de Kala-azar.

O anel deveria o seu aparecimento aos lipóides existentes no soro, e a turvação às globulinas.

Estas, em absoluto, não são específicas, e podem ser floculadas com outras substâncias. Demais, Klausner descreveu uma reação semelhante para a sífilis, cuja especificidade também é nula.

No trabalho de Alcantara Madeira e Humberto Cerruti, eles estudaram 133 sôros, com algumas variantes de técnica. Faziam

a 1.^a leitura imediatamente, e a 2.^a, 15 ou 16 horas depois, em temperatura ambiente.

Nessas condições, nunca observaram uma reação fortemente positiva (+++). Observaram 36 positivas (++) ; 4 levemente positivas (+) ; 3 duvidosas (+) ; 90 negativas (—). Dos 133 soros, 31 eram de Leishmaniose tegumentar, que deram o seguinte resultado:

Positivas (++).....	10
Levemente positivas (+).....	1
Duvidosas (+).....	1
Negativas (—).....	19

Concluem os autores pela nenhuma especificidade da reação e falta de constancia para os casos positivos da molestia.

E. Chagas (2) e outros, em estudo sobre Leishmaniose visceral americana, praticaram a reação de Brahmachari em 52 casos, e os resultados foram concordes e semelhantes à reação de formol gel. Acharam no entanto que o número de observações é muito pequeno para tirar conclusões solidas.

FLOCULAÇÃO DOS SERUNS COM AGUA DISTILADA.

— Em trabalho publicado no Boletim de La Société da Pathologie Exotique - 1937 - tomo XXX (3), Berny estuda a floculação dos soros na Leishmaniose tegumentar americana ante a agua distilada, baseado nos trabalhos de Chorine e Prudhonne. Diluem estes autores o soro ao decimo em agua distilada, e verificam a intensidade do processo pelo fotometro, que se atingir a ordem de 100, deve se pensar em Kala-azar, porque os outros soros não atingem tal indice.

Chorine, Prudhonne e Koechlin (4), estudaram, como dissemos, detalhadamente a floculação dos sôros na agua distilada, e usaram a seguinte orientação: Verificavam ao fotometro o indice da agua distilada e sôro (1,8 de agua, para 0,2 de sôro); imediatamente colocavam a mistura na estufa durante 3 horas, deixavam 20 minutos em temperatura ambiente e faziam nova leitura. O resultado é obtido subtraindo o primeiro algarismo do segundo, e classificado como segue:

Resultado inferior á 10 — sôro não paludeano.

Resultado superior á 10 e inferior á 25 — sôro duvidoso.

Resultado superior á 25 — sôro positivo.

Resultado de 100 ou mais — pensar em Kala-azar.

Berny estudou somente os casos de Leishmaniose tegumentar americana, nas Guyanas e concluiu pela não especificidade da reação para esta doença, pois não examinou nenhum caso de Kala-azar.

Notou a falta de especificidade da reação, em geral.

PROVA HEMOLITICA DE RAY (1921) — À duas gotas de sangue suspeito, colocadas em tubos do hemoglobímetro de Gower, são adicionadas vinte gotas de água destilada. Si a reação é positiva, o líquido torna-se turvo, não ha hemolise e um precipitado floculado aparece. Esta reação foi presente em 55 casos de Kala-azar e negativa em outras molestias.

Explica Ray que o impedimento da hemolise é devida aos sôros e não aos globulos, pois si se lavarem os globulos e si se collocarem os mesmos em presença da água destilada, eles hemolisam.

Siá modificou a técnica, empregando 0,02c.c. de sangue misturando-os a 0,6 de água destilada, em tubos de 7 a 8mm. e fazia a leitura de acordo com o aparecimento de turvação ou o precipitado floconoso, após 5 ou 10 minutos. Em 16 casos de Kala-azar, 86 de outras molestias e 10 individuos normais, ele obteve perfeita relação dos resultados. Achou que em casos de melhora no Kala-azar, a reação decrescia de intensidade. Proseguindo os seus estudos, Siá e Wu acharam que o precipitado era devido às globulinas que se acham aumentadas no Kala-azar, identificando dessa forma esta reação com a de Brahmachari.

REAÇÃO DE FORMOL GEL. — Esta prova foi idealizada por Gaté e Papacosta (6) em 1920, para a sífilis. Acharam os autores que os sôros de sífilíticos, adicionados de formol do commercio, opacificavam-se e formavam geleia no espaço de algumas horas até 30 horas.

Técnica:

Sôro a examinar.....	1 c.c.
Formol.....	2 gotas.
Agitar suavemente para misturar o conjunto.	
Deixar em temperatura ambiente.	

Davam uma frequencia de 50% de positividade para os sôros positivos de sífilis, e 100% de resultados negativos nos sôros não sífilíticos.

Esta reação foi mais tarde provada ser de reduzida sensibilidade e posta de lado.

Em 1921, Spackman notou que os sôros de pacientes com Kala-azar gelificavam em poucos segundos, opacificando-se como a clara de ovo coagulada, ao envez de muitas horas como na prova de Caté e Papacosta.

O poder de formar geleia, pela adição de formol, é em parte devido aos constituintes coloidais do sôro, conforme os estudos de Bessamans e Combiesco, poder este que sofre alteração conforme a junção de determinadas substancias ao sôro, ou pela sua concentração.

Fox e Machie, (24) introduziram uma modificação nesta técnica. Colocavam 1 gota do sôro do doente numa lamina e invertiam-na numa cápsula onde existia formol. Dentro de pouco tempo, o sôro se opacificava e adería fortemente à lamina. Obtiveram resultados positivos em 20 sôros de Kala-azar, 2 sifilíticos e 1 malarico suspeito de ter Kala-azar.

Segundo Tagliaferro (8), foi Napier que melhores estudos fez sobre esta prova. Considerava a prova positiva quando coagulava o sôro semelhantemente a coagulação da albumina de 3 a 20 minutos, ou em casos raros, de 2 a 24 horas.

Admite Napier (7), que o verdadeiro criterio da reação é a opacificação, e prefere chamar o test de aldeído Test, do que reação de formol gel. A quimica da prova é desconhecida em seus detalhes, mas este autor achou que uma solução de formol a 10% dá melhores resultados do que a formalina forte do commercio. Considera uma reação de aldeído porque a reação é dada com o acetaldeído, embora menos intensa.

Para a prova, Napier retirava sangue duma veia e deixava coagular espontaneamente. Em seguida tomava o sôro e acrescentava o formol sob a seguinte técnica:

Formol do comercio (30% de formaldeído) 1 gota.
Sôro a examinar..... 1c.c.

Misturar bem e conservar à temperatura ambiente. No Kala-azar, os sôros coagulavam-se dentro de poucos segundos até alguns minutos.

Em 150 casos de Kala-azar, obteve 98% de casos concordantes com a punção do baço.

Esta reação tende a desaparecer com o tratamento e pode ser util para avaliar a eficacia do mesmo. Entre outras modificações, convem destacar a seguinte prova: punção do dedo, e 4 gotas de sangue são recebidas em 0,5 da seguinte solução: 0,85 de cloreto de sodio, 0,5 de citrato de sodio e 100 de agua; ao conjunto — sangue e solução descrita — adiciona-se uma gota de formol. Agita-se. Deixa-se repousar toda a noite e as celulas vermelhas se depositam, ficando o liquido sobrenadante leitoso, nos casos de Kala-azar.

Os trabalhos de Napier foram confirmados pelos de Mills em 1922; e em 1923, o proprio Napier examinou um grande número de casos, cerca de 353 e estabeleceu o seguinte quadro de interpretação da reação:

Positiva	+++	—	sôro solidificado e completamente opaco em 20 minutos.
	++	—	sôro solidificado e completamente opaco em 2 horas.
	+	—	sôro solidificado e completamente opaco em 24 horas.

Duvidosa	(+) —	sôro marcadamente opalescente e solido, mas não completamente opaco.
	(±) —	sôro solido e levemente opalescente.
Negativa	(—) —	sôro solido, mas claro.
	— —	sôro fluido e claro em 24 horas.

Ganguli lembra que esta prova é devida ao aumento das euglobulinas contidas no sangue e que em caso suspeito de Kala-azar dando uma reação negativa após 6 meses de molestia, não é Kala-azar.

Ainda na reação de formol gel. Nattan - Larrier e Grimard (9), publicaram no Boletim de la Société de Pathologie Exotique - 1935, uma modificação da técnica inicial, usando não uma ou duas gotas de formol, mas 0,5c.c., para 0,5c.c. de sôro a examinar. Afirmam os autores que a reação não só é muito mais rapida, porem mais nítida e mais sensível, por quanto pela técnica de Fox e Mackie, ha ás vezes sérias dificuldades em se interpretar aquelas reações que se tornam incompletas ou se produzem tardiamente.

Citam os autores que pela técnica classica, em 13 sôros de cães com Leishmaniose, 11 reações foram positivas, 2 negativas e 1 duvidosa. Pela nova técnica, em 17 casos de cães com Leishmaniose, 17 foram os resultados positivos. Em geral a opacificação logo se processa e em 10 minutos no maximo da-se o embranquecimento do meio.

Usando a técnica classica, E. Chagas e outros (2), em trabalho publicado nas Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, 1938, praticaram esta reação em 2870 individuos. Estes doentes não eram somente de Leishmaniose, mas de varias doenças. Concluiu dizendo ser esta reação não especifica, mas de real valor no diagnóstico da Leishmaniose visceral americana nas fazes adiantadas. Lembra que nos sôros recentemente tirados, a prova é mais rapida do que nos conservados alguns dias após a punção venosa. Notou tambem uma aceleração da reação toda a vez que aumentava a quantidade de formol, mas somente nos sôros doentes.

Gasparini (10), nos "Annali D'Igiene, n.º 10, 1937", estuda por alto a reação de floculação, produzida pelo formol. Cita os trabalhos de Nattan — Larrier, Nogués, Grimard — Richard (11), que fizeram experiencias de floculação em sôros filtrados e inativados. Aham estes autores que a ultrafiltração tira do sôro a capacidade de solidificar-se, tornando-se no entanto ainda opalescente. A turvação não é mais nítida nestes sôros, como naqueles não filtrados, e porisso julgaram que as moleculas proteicas sobre as quaes agem o formol para produzir a floculação, são de diferentes tamanhos, motivo pelo qual nos sôros filtrados a opalescencia é diminuta.

Para Nattan — Larrier e seus companheiros de trabalho, é a opacificação que marca o valor de especificidade, ao passo que a gelificação não o é, podendo dar-se com sôros normais e formol ou sôros normais e ácidos fracos, conforme verificaram Kopaczewski, Nattan — Larrier (12-13) etc. Si ha uma dissociação da reação do formol pela ultrafiltração, esta não provoca quasi alterações na formol-neoestibosan, "o que parece provar que a formol-neoestibosan reação possui uma individualidade propria, e não coresponde à superposição de duas reações independentes — a reação determinada pelo formol e a reação, então rara, que determina ás vezes o neoestibosan nos sôros Leishmanianos".

Gasperini, no entanto não crê que seja a variação no tamanho das moléculas proteicas o motivo de tal molificação na reação, mas provavelmente a uma modificação nos coloides protetores existentes nos sôros, que diminuem com a filtração.

Segundo Brumpt (15), a reação do formol gel. é pouco especifica e não apresentou valor pratico no diagnóstico da Leishmaniose canina em Marrocos.

Craig e Faust (16) dão uma frequencia de 82-85 % nos casos positivos de Kala-azar.

REAÇÃO DE CHOPRA — URÊAESTIBAMINA — (1927)

— Consiste esta reação em colocar o sôro a examinar em contâto com uma solução de urêaestibamina a 4 % ou neoestibosan a 5 %. Num tubo de hemolise coloca-se uma certa porção de sôro e deixa-se escorrer pela parede do tubo a solução de urêaestibamina. No limite de separação dos dois liquidos formar-se-á um anel de precipitado mais ou menos denso, nos casos positivos, e nada se formará nos casos negativos. No dizer de Fierssinger (17), é esta reação de grande valor no Kala-azar, podendo no entanto dar resultados positivos em outras doenças. Nos doentes que estão tomando quinino a reação pode ser positiva.

Chopra e seus colaboradores fizeram uma variante deste processo, usando o proprio sangue. A 0,25 c.c. de uma solução de oxalato de potassio, junta-se 2 gotas de sangue. A solução de antimoneo a 4 % era então colocada deslizando pela parede do tubo. Forma-se um anel de precipitado na junção dos dois liquidos, si a reação fôr positiva.

Para o test iriginal, isto é, com sôro, em 70 casos de Kala-azar, todas as reações foram fortemente positivas. Com 59 casos controles, os resultados na maioria eram negativos ou duvidosos para a lepra, malária e outras doenças.

Chopra, Gupta e Bosu, citados por Tagliaferro, lembram que não se deve fazer confusão com o precipitado formado; no Kala-azar o precipitado formado é floconoso, não quebran-

do-se facilmente por agitação e persiste 24 horas. Nas outras doenças, ele não é floconoso. Afirmam os mesmos autores que esta reação é superior à do formol gel.

Este test permanece positivo, mesmo após 10 a 11 injeções de tratamento recebidos pelo doente. No entanto Napier acha que 10 a 15 injeções são suficientes para uma cura.

Sanyal, introduziu uma pequena modificação na técnica fazendo da seguinte forma: no ato da injeção do tratamento antimonioso, antes de injetar o preparado, aconselha puxar uma gota de sangue para o interior da seringa. Então o conteúdo da seringa é introduzido no doente, com exceção de 0,1 a 0,3 c.c. Após a retirada da agulha, dilui-se esta quantidade restante com 2 — 3 c.c. de água destilada. No Kala-azar, a mistura é decidamente opaca e esta opacidade diminui com o progredir do tratamento. A solução de uréaestibamina é feita em água destilada.

Em geral, os autores dão a esta reação, um valor maior que a Aldeido reação, pela sensibilidade evidentemente superior dela.

Citados por Brumpt, Shortt, Craighead e Smith, afirmam que esta reação é positiva em 81,3 % de casos positivos, e em 45 % de casos negativos para Leishmaniose. Seria portanto útil esta reação quando fosse negativa para afastar os casos de Kala-azar.

Craig e Faust dão uma porcentagem de 88,2 % de casos positivos.

Nattan — Larrier e Grimard (9), introduziram uma modificação importante à reação de antimônio. Fazem-na juntando formol ao conjunto, da seguinte forma: 0,5 c.c. de soro a examinar, acrescenta-se 4 gotas de uma solução a 10 % em água destilada de neoestibosan (Bayer) e depois a esta mistura, 0,5 c.c. de formol de comercio. Nos casos positivos, formar-se-á um precipitado floconoso abundante que ocupa toda a massa líquida. A prova foi sempre negativa nos sôros normais e quasi na totalidade dos sôros positivos, ela foi positiva.

Preconizam esta prova à da uréaestibamina e à do formol por ser muito mais precisa e sensível.

REAÇÃO DE CAMINOPETROS (18) — SULFARSENOL — Consiste esta reação na formação de uma turvação em uma solução de sulfarsenol, quando se junta a ela um soro de doente de Kala-azar, gota a gota. A técnica precisa é a seguinte:

A 2 c.c. de uma solução de sulfarsenol de 1 a 4 %, junta-se gota a gota o soro a examinar, diluído ou não.

Nos sôros negativos, não formar-se-ia nenhuma turvação ou esta seria muito ligeira e desapareceria na 3.ª ou 5.ª gota. Nos sôros de Leishmaniosos, a turvação apareceria na 1.ª gota e aumentaria até a 7.ª, às vezes até a 20.ª, desaparecendo em se-

guida, com a junção de outras. A turvação persistente até a 7.^a gota, seria característica de sôros de Leishmaniosos. Caminopetros denomina o fenomeno de desaparecimento da turvação de "inversão da floculação".

Giraud e Ciaudo (19), no Boletim de la Société de Pathologie Exotique, 1935, fizeram um estudo sobre esta reação e chegaram a seguinte conclusão:

Nunca obtiveram resultados positivos com sôros normais ou de outras doenças.

Nos sôros de Leishmaniosos a reação foi algumas vezes positiva, porem menos sensível em comparação com a de formol gel. e uréaestibamina, controladas pelo esfregaço de polpa esplenica.

Consideram-na portanto de fraco valor diagnóstico. Caminopetros (20) regeita as conclusões de Giraud e Ciaudo, dizendo-as falhas de técnica, o que os autores rebatem (21).

PROVA ESPECTRAIS DE SORO — Boyd e Bosc em 1930, segundo Brumpt, notaram que o espectro de absorção ultravioleta do soro sanguíneo de individuos atingidos de Kala-azar é diferente daquele do soro normal, fenomeno este que supõe ser devido a uma mudança na natureza quimica das proteínas, ou a modificação na proporção das diversas proteínas existentes no soro.

REAÇÃO DO PEPTONATO DE FERRO — Esta reação surgiu no diagnóstico da Leishmaniose, pelos estudos de Auricchio e Cheffi, que verificaram floculação dos sôros de Leishmaniosos pela reação melanica de Henry. Modificaram então a técnica, usando diluições de Peptonato de ferro, constatando resultados positivos na Leishmaniose e negativos na Malaria e outras afecções.

Giraud, Ciaudo e Bernard (22), retomaram a tecnica daqueles autores a aumentaram as condições de experiencia, publicando seus estudos no Boletim de la Société de Pathologie Exotique, 1935. Chegaram primeiramente a conclusão que o peptonato melhor era o de marca Robin, depois o Merk e Oberlin. Estes peptonatos de ferro não contem ferro ionisado e não dão reação do sulfocianeto. Após ensaios multiplos, concluíram que a diluição preferida é a de 1/130 em agua destilada, podendo-se no entanto, usar diluições de 1/320 e 1/640, mas os resultados são menos nitidos.

A técnica utilizada por eles é a seguinte, em tudo semelhante à de Auricchio e Cheffi:

1 c.c. da diluição de peptonato de ferro é adicionado de 0,2 c.c. de soro a examinar. Pode-se deixar em seguida a temperatura do laboratorio, mas é melhor levar à estufa a 37°C. e observar os resultados de 10 em 10 minutos, até o 40º minuto, e anotar cada vez o estado fisico da mistura. Pode-se observar então:

Ausencia de Turvação = 0.

Uma turvação ligeira ou mais intensa = + ou ++ ou +++ ou +++.

Uma reação nula se escreve = 0 - 0 - 0 - 0 - 0.

Um precipitado que se forma no fundo do tubo = pr.

Uma reação fraca, de valor diagnóstico duvidoso, se escreve: 0 - + - ++ - +++ - +++.

Uma reação forte, nitidamente positiva, se escreve: +++ - +++ - pr. pr. pr.

Para experimentar a especificidade da reação, ensaiaram os autores sobre sôros de indivíduos com Leishmaniose, com varias afecções e sãos. Sobre 200 sôros não Leishmaniosos, somente 1 deu reação fortemente positiva; tratava-se de um doente com endocardite maligna, tendo a reação de formol gel.

serina
e uréaestibamina positiva e a relação ————— invertida.
globulina

Para os autores, esta reação tem o mesmo valor e precisão que as demais reações propostas até hoje.

Na melhora do doente devido ao tratamento, ésta reação torna-se subpositiva.

No inicio da molestia a reação do formol é francamente negativa, enquanto que a uréaestibamina e peptonato de ferro reação dão resultados subpositivos.

REAÇÃO DO DESVIO DO COMPLEMENTO — Ha muito que se estuda a reação do desvio do complemento na Leishmaniose. Foram os trabalhos de di Cristina e Longo, em 1911, um dos primeiros a evidenciarem tal fenomeno, cujos resultados foram negativos para suas provas. Toda a dificuldade residia na obtenção dum bom antígeno, aliás dificuldade que existe em toda reação do desvio do complemento. Logo se evidenciaram dois tipos de extratos — os especificos e os não especificos.

Usaram os primeiros pesquisadores, extratos de polpa esplenica de indivíduos, principalmente crianças, mortos de Kala-azar, mas os resultados eram dispaes. Tagliaferro cita os trabalhos de Makkas e Papassotiriou (1911), que usaram antígeno extraído da polpa esplenica de criança de dez meses, morta de Kala-azar, com resultados positivos em 5 sôros de Kala-azar, 3 de sifilíticos e 2 de malária; mas negativas reações com sôro de 2 pessoas sãs. Sugerem os autores que pela combinação de dois test, sendo um o de Wassermann, pode-se chegar a um diagnóstico mais exato.

Seguem-se depois os trabalhos prolongados de di Cristina, quer sobre coelhos quer sobre cães e pessoas. Seu antígeno era

tambem a polpa esplenica, seca no vácuo após trituração e agitada com colução fisiologica. Os resultados não foram concordes e só obtiveram algum resultado positivo no homem doente, após sensibilisação do mesmo com culturas mortas de Leishmanias.

No decorrer dos seus trabalhos, di Cristina empregou um antígeno resultante da trituração de pulgas tiradas de um cão infectado, não obtendo resultados promissores.

Brahmachari usou como antígeno o liquido obtido da trituração do baço e aquecido com solução fisiológica 0,85 % e alcool, partes iguaes, a 60°C. e por uma hora. Em 8 casos, obteve 6 vezes fixação do complemento. Mas estes resultados não foram confirmados por outros pesquisadoras.

Antígeno fenolado e glicerinado tambem foi obtido, com milho-res hesultados, por Hindle e outros. Com este antígeno, em 24 casos de Kala-azar, eles obtiveram 19 casos positivos fortemente e 5 reações parciais. Com outras doenças os autores obtiveram resultados positivos em 6 casos sobre o total de 54, sendo 5 de sífilíticos e 1 anticomplementar; 5 resultados parciais e 44 negativos. Sugere este trabalho que com aperfeiçoamento de técnica, a reação poderá adquirir maior sensibilidade.

Auricchio usou antígeno preparado de culturas de flagelados com milhores resultados.

No dizer de Tagliaferro, pouco se tem feito sobre a complemento fixação nas Leishmanioses tegumentares (*Leishmania tropica* e *Leishmania brasiliensis*), parecendo ser esta reação muito mais facilmente obtida nesta modalidade da doença. Cita este autor, os trabalhos de Moses na America do Sul, que obteve 80 % de resultados positivos em 41 casos, com antígeno de suspensão de flagelados em solução salina.

A dificuldade toda está em se obter um bom antígeno. Com a cultura de Leishmanias necessita-se uma grande quantidade de material afim de se obter um antígeno bem concentrado e que forneça um bom título.

Marques da Cunha e Emmanuel Dias (23), em trabalho publicado no Brasil medico — 1939 — usam como antígeno, culturas de Leishmanias lavadas em solução fisiologica por centrifugação, e mantidas na acetona, durante alguns dias. Em seguida evaporam a acetona, pesam o deposito de leishmanias, trituram-nas, e a cada centigramo acrescentam 1 c.c. de alcool etilico absoluto. Este material só será usado depois de 20 dias de conservação em estufa.

Obtiveram com este antígeno resultados positivos com sôros hiperimunes de coelhos imunizados com varias especies de Leishmanias, inclusive com sôros de casos de doença de Chagas, o que interpretam como sendo devido à reação de grupo. Não obtiveram separação das diferentes especies de Leishmanias, com

antígenos obtidos de culturas das varias especies e sôro hiperimunes dessas mesmas especies. Crêm estes autores que no sôro de doentes de Leishmaniose haja anticorpos específicos, apesar de não terem sido postos à prova pelos estudos modernos.

Nattan - Larrier e Grimard (9), descreveram uma reação sêro-serica, fundada sobre a ação que exerce um imune-sôro leishmaniano sobre o sôro dum individuo ou animal infectado pela leishmania *Donovani*. A mistura desses dois sôros feita em determinadas proporções, fixa a alexina. Preparam eles sôros imunes de coelhos, com culturas de leishmanias no meio N. N. N., molhado, levando aproximadamente 4 meses para conseguirem esta imunisação, e fornecendo sôro por mais de 2 anos seguidos. Controlam a atividade do sôro não com antígeno de culturas de leishmanias, mas com o sôro de um cão infectado, pela reação sôro-serica.

Fazem a reação em 9 tubos, usando 0,1 c.c. de alexina, 0,1 de sôro à examinar e inativado, e 0,1 da diluição em solução fisiologica do sôro do coelho preparado como acima foi dito. Estas diluições vão desde 1:10 até 1:100.000.000. Completa-se o volume com 0,2 de solução fisiologica. São então os tubos levados à estufa 1,30 hora, acrescentando-se depois 0,1 c.c. de amboceptor específico e 0,1 c.c. de globulos de carneiro a 5 %. As leituras dos resultados são feitas em 30 minutos. Só consideram a reação como positiva, quando ha fixação do complemento do tubo com diluição de 1:100 para cima.

Os autores dão franca preferencia a este processo para estabelecer o diagnóstico da leishmaniose, mas preconizam sempre que se possa, usar em conjunto a reação do formol-opacificação e formol-neoestibosan.

Parece realmente que o futuro do diagnóstico das leishmanioses está na reação de desvio do complemento, floculação e aglutinação. Naturalmente que muitas dificuldades ainda deverão ser afastadas, mas si ha infecção, deve haver anticorpos específicos, e a sua verificação só dependerá de tempo, é fatal como a evolução da ciencia.

REAÇÃO DE AGLUTINAÇÃO — Esta pova de diagnóstico na Leishmaniose tem sido alvo de muitos estudos. Dificuldades surgiram de todos os lados pelo fato de que as leishmanias tendem expontaneamente a se aglutinarem, quando em suspensão liquida.

Noguchi grandes estudos fez sobre esta prova, conseguindo, trabalhando com sôros de coelhos imunizados com diversas especies de leishmanias, classifica-las em dois grupos: num, as pertencentes às leishmanioses viscerais, e, noutro às cutaneas.

Foi por este método que Flavio da Fonseca estabeleceu a unidade sorodógica das diversas fontes de *Leishmania bra-*

siliensis, que podem ser separadas das fontes de *Leishmania tropica*.

Em geral, os sôros de infectados possuem um título muito baixo, não servindo para fins diagnósticos.

Alguns autores descreveram uma propriedade que tinha o sôro dos doentes de imobilizarem as leishmanias, propriedade que desaparecia pela inativação e não reaparecia pela junção de complemento. Deram então o nome de "imobilina". Estes fatos foram verificados em sôros sifilíticos e por estudos posteriores, perderam o valor que lhes quizeram dar.

Chega-se portanto à conclusão que as reações sorológicas na leishmaniose ainda estão longe de atingir o grau de perfeição desejado para serem qualificadas de precisas e praticas.

De um lado estão as diferentes reações químicas, ou melhor, físico-químicas, produzidas por varios reagentes, desde os mais simples como a agua destilada, até os mais complexas, como o formol-neoestibosan, uréaestibamina, etc., que parecem querer afirmar não tratarem de reações especificas. São elas devidas a uma variação do complexo proteico, com aumento da fração das globulinas e englobulinas, interdependentes com os coloides existentes nos plasmas, conforme parece demonstrar as variações que sofrem estas reações após a ultrafiltração.

Do outro lado estão as reações mais especificas, imunológicas, baseadas na formação de anticorpos, seguindo o principio geral em imunologia, de que uma célula ao receber uma excitação determinada, provoca uma reação que supre e excede às necessidades. Neste setor, é que os fatos se deverão resolver, creio eu, necessitando-se é dum processo especial, que virá com o tempo, e que colocará a questão no seu devido lugar.

REFERENCIAS

- 1 — JOSÉ ALCANTARA MADEIRA e HUMBERTO CERRUTI — "O valor diagnóstico da reação de Brahmachari na Leishmaniose Tegumentar Americana" — Revista de Medicina, 1927, Ano XII, n.º 48.
- 2 — EVANDRO CHAGAS e AL. — "Leishmaniose Visceral Americana" (Relatorio) — Memorias do Instituto Oswaldo Cruz, Tomo 33, 1938.
- 3 — P. BERNY — "Floculation du sérum dans l'eau distillée et Leishmaniose cutanée Américaine" — Bol. Soc. Pathologie Exotique — Tomo XXX, n.º 2, 1937.
- 4 — V. CHORINE, R. PRUDHOMME, D. KOEHLIN — "Floculation du sérum dans l'eau distillée et reaction de Henry" — C. R. de la Soc. Biologie, Tomo CXVI, 1934.
- 5 — V. CHORINE — "Spécificité chimique de quelques réactions sérologiques commandées par les euglobulinas". — C. R. de la Soc. de Biologie — Tomo CXVI — 1934.
- 6 — GATÉ ET PAPACOSTA — "Une nouvelle réactions des sérum syphilitiques: Formol-Géleification". — Compt Rendus de la Soc. de Biologie — 20 de Novembro de 1920 — pg. 1432.

- 7 — L. E. NAPIER — "A new serum test Kala-azar". — The Indian Journal of Medical Research. Vol. 9, 1922.
- 8 — W. TAGLIAFERRO — "The immunology of Parasitic Infections". — The Century Co. — 1929.
- 9 — L. NATTAN-LARRIER ET L. GRIMARD — "Etude comparative de trois procédés destinés au diagnostic sérologique du Kala-azar — Bol. de la Soc. de Pathologie Exotique — Tomo XXVIII — 1935.
- 10 — G. C. GASPERINI — "Soppressione del fenomeno dell'inversione della floculazione" sieri filtrati de soggetti colpiti da Leishmaniose interna". Annali D'Igieni — Ano XLVII — Ottobre 1937 n.º 10.
- 11 — NATTAN-LARRIER (L.), NOUGUÈS (S), et GRIMARD-RICHARD (L). — "Action de l'ultrafiltration sur certaines réactions des sérums leishmaniens" — Copt. Rendus de la Soc. de Biologie — Tomo CXVI — 1934.
- 12 — L. NATTAN-LARRIER, L. GRIMARD-RICHARD, S. NOUGUÈS — "Action de certains acides organiques sur les sérums leishmaniens". — Compt. Rendus de la Société de Biologie — Tomo CXVI — 1934.
- 13 — L. NATTAN-LARRIER ET GRIMARD-RICHARD — "Diagnostic des infections leishmaniennes par l'acido-gelification du sérum". — Compt. Rendus de la Soc. de Biologie — Tomo CXVI — 1934.
- 14 — W. KOPACZEWSKI — "La gelification du sérum par les acides organiques". — C. R. de l'Acad. des Sc. 1934 — Tome 198 — pg. 1271 — Rôle des facteurs physiques dans la lactogelification du sérum — Idem — pg. 1947.
- 15 — E. BRUMPT — "Précis de Parasitologie" — Masson e Cia. — 5.ª Ed. — 1936.
- 16) — CRAIG AND FAUST — "Clinical Parasitology" — Ed. Lea e Febiger — 1937.
- 17 — N. FIERSSINGER, H. R. OLIVIER, M. HERBAIN — "Diagnostics Biologiques" — 4.ª Ed. — Maloine.
- 18 — J. CAMINOPETROS — "Une séro-floculation spécifique de la leishmaniose interne. Son utilité pour la diagnostic de l'infection et pour le contrôle du traitement". — Compt. Rendus de la Soc. de Biologie — Tomo CXV — 1934 — pg. 910.
- 19 — P. GIRAUD, ET CIAUDO. — "Valeur de la réaction au sulfasénol (Caminopetros) pour le diagnostic de la leishmaniose interne. — Bol. de la Société de Pathologie Exotique — Tomo XXVIII, 1935.
- 20 — J. CAMINOPETROS — "Remarques sur la communication de M. M. Giraud e P. Ciaudo "Sur la Valeur de la reaction au Sulfarsenol pour le diagnostic de la leishmaniose interne" — Bol. de la Soc. de Pathologie Exotique — Tomo XXVIII — 1935.
- 21 — P. GIRAUD ET CIAUDO — "A propos de la reaction au Sulfarsenol dans la leishmaniose interne". — Bol. de la Soc. de Pathologie Exotique — Tomo XXVIII — 1935.
- 22 — GIRAUD (P), CIAUDO ET BERNARD (R). — "Valeur de la reaction au peptonato de fer pour le diagnostic de la leishmaniose interne" — Bol. de la Soc. de Pathologie Exotique — Tomo XXVIII — 1935.
- 23 — A. MARQUES DA CUNHA e EMMANUEL DIAS. — "Reação de fixação do complemento nas leishmanioses". — Brasil Medico — Ano LIII — Janeiro 1939 — N.º 5.
- 24 — E. C. R. FOX AND F. P. MACKIE — "The formol-gel. test in Kala-azar". — Indian Medical Gazette — Oct. 1921 — pg. 374.

SENOTIOL - calcio colloidal injectavel

Novas aplicações em cirurgia da Dialilmaloniluréa

(Contribuição para o seu estudo clínico e experimental)

Drs. Pedro Ayres Netto e Ovidio Unti

Do Serviço do Dr. Ayres Netto, da Santa Casa de São Paulo

(Continuação do numero de março)

HEMOGLOBINA

Antes da narcose	77%
Vinte e quatro horas após	75%

URÉA DO SANGUE

Antes da narcose	0,25°/∞
Vinte e quatro horas após	0,30°/∞

COMENTARIOS:

Neste caso, foi nossa intenção obter uma narcose completa exclusivamente com o *Dial*, visto já termos determinado experimentalmente em animaes de laboratorio, as doses narcoticas, toxicas e mortaes, assim como obtido verdadeiras narcoses nesses animaes, cujos resultados foram consignados n'outro capitulo.

Antes de ser empregado o *Dial* 2½ cc. (0,25) por via oral, tivemos o cuidado de tomar o pulso, pressão arterial e os movimentos respiratorios, afim de repetir essas anotações no periodo de uma hora e 30' que decorreu do pre-anestesico á anestesia geral.

Neste intervalo, a paciente caiu em semi-sonolencia, respondendo retardadamente as nossas perguntas; o pulso, respiração e a pressão mantiveram-se inalteradas.

Ao iniciar-se a injeção, a paciente respondia vagamente ás nossas perguntas, dado já ao seu estado de semi-sonolencia produzido pelo *Dial*, administrado como pré-anestesico 1½ hora antes.

Logo aos 5 minutos da injeção fecharam-se-lhes os olhos, respondendo a muito custo as nossas palavras. Aos 8 minutos da injeção a paciente cõe em narcose. Sensibilidade nitidamente diminuida. Neste tempo foi iniciado o ato cirurgico.

Durante a intervenção, por varias vezes a paciente agitou-se, principalmente nos momentos em que se exercia tração.

O relaxamento abdominal foi sensivelmente diminuido, porém não abolido totalmente. As agitações sucediam-se de espaço a espaço. Apesar disso suportou regularmente a operação.

As 18 horas do mesmo dia, a operada dorme profundamente, conservando o pulso e respiração como no início da narcose. A pressão arterial Mx. elevou-se para 12 e a Mn. para 6½ logo no fim da operação e manteve-se alta nas 28 horas que se seguiu ao post-operatorio.

A noite a operada agitou-se muito e vomitou bastante.

Apesar da administração de anaesthetics (Coramina, Cardiazol, Estriquinina) a paciente somente despertou 24 horas depois e com torpor, não tendo a mínima recordação do ato cirurgico.

Convem notar que apesar do anestésico ter produzido um sono de 24 horas, o pulso e os movimentos respiratorios sempre mantiveram-se constantes notando-se um aumento de pressão arterial maxima nos primeiros 11 minutos da narcose endovenosa. Não houve queda do queixo durante todo o tempo que durou o sono.

Retenção de urina nas 24 horas:

Post-operatorio, normal.

Alta, curada em 5 dias.

CASO VII — Tomasina P. 19 anos, regs. 157. Peso 40 kgrs.

Pressão arterial Mx. 12 Mn. 7. Pulso, 60. Respiração, 20 movimentos por minutos.

Hipnotico pre-anestésico Dial 1½ cc. (0,15) via oral, 2 horas antes.

Anestesia geral. Dial 7 cc. (0,7) endovenoso.

Operação: Apendicetomia. Drs S. Hungria e V. Camargo.

Duração: 12 minutos.

— 10h.5'. Dial, endovenoso, 7 cc. a paciente cõe em sono profundo 6 minutos após a injeção.

Reflexo palpebral desaparecido.

Reflexos ocular e corneo notavelmente diminuidos.

Pupila em midriase.

— 10h.11' — Inicio do ato cirurgico que foi executado nas mesmas condições do caso precedente.

— 10h.23' — Fim da operação, a paciente é levada em seu leito em sono profundo.

A pressão arterial, pulso e os movimentos respiratorios, tomamos n'um periodo que vae até 52 horas do inicio da narcose, estão assinalados no quadro seguinte.

DIA	HORA		PRES. ARTERIAL		PULSO	RESP.
			Max.	Min.		
7	8,00'	A. A.	12	7	60	20
—	10,5'	I. A.	12	7	60	20
—	10,23'	F. O.	12	7	60	18
—	17,0'	P. O.	12	7	60	18
8	8,00'	P. O.	12	7	60	18
9	12,0'	P. O.	12	7	60	18

EXAME DE URINA

	A N T E S	24 HORAS APÓS
Albumina	não contem	abundante
Acetona.	não contem	traços mínimos
Glicose	não contem	não contem
Uréea	20‰	29‰
Densidade.	1,016	1,020
Ex. mic. sed.	Cel. alguns leucocitos	Cel. alguns leucocitos

RESERVA ALCALINA DO SANGUE

Antes da anestesia	72,30%
Cinco horas após	60,81%
Vinte e quatro horas após	57,96%

GLICOSE NO SANGUE

Antes da anestesia	1,0 °/∞
Vinte e quatro horas após	0,95 °/∞

HEMOGLOBINA

Antes da narcose	69%
Vinte e quatro horas após	67%

URÊA NO SANGUE

Antes da anestesia	0,30 °/∞
Vinte e quatro horas após	0,70 °/∞

COMENTARIOS:

Neste caso, os fenomenos subsequentes á anestesia processaram-se como no caso anterior.

O relaxamento abdominal não foi absoluto, houve excitação e vomitos post-operatorios e o sono durou 32 horas, apesar-da administração de analepticos (Coramica, Cardiazol, Estricnina).

Mesmo 48 horas após o ato cirurgico a paciente apresentava torpor. Como no caso precedente, não houve depressão circulatoria nem respiratoria. Neste caso a R. A. que era de 72,30% antes da narcose, passou, 24 horas após, a 57,96%. Houve uma queda da R.R., mantendo-se porém a taxa dentro dos limites normaes.

A hemoglobina, glycose e uréa do sangue, como no caso anterior, não sofreram alterações dignas de nota.

Retenção de urina nas 36 horas.

Post. operatorio, normal.

Alta, curada em 5 dias.

CASO VIII — Zulmira P., 19 anos, regs. 188. Peso 40 kgrs.

Diag. Appendicite cronica.

Pressão arterial. Mx. 11. Mn. 7. Pulso 84. Movimentos respiratorios: 22 por minuto.

Hipnotico pre-anestesico: não foi administrado.

Anestesia geral. Dial 5 cc. mais baforadas de balsoformio.

Operação: Appendicetomia. Drs. Moura Azevedo e A. Martinez.

Duração: 17 minutos.

— 9h10'. Dial (0,5) 5 cc. endovenoso; já no fim da injeção a operada cõe em sono profundo. Reflexos oculares desaparecidos.

— 9h12' — Incisão da pele, agitação, completa-se a anestesia com baforadas mínimas de balsoformio (mascara de Ombredanne a 1). Relaxamento abdominal completo.

— 9h20' — Fim da intervenção, a paciente é levada no leito em sono profundo.

Despertou 1 hora após sem vômito e sem excitação, apenas queixando-se das dores provocadas pelo ato cirúrgico.

O pulso, pressão arterial e os movimentos respiratórios estão assinalados no quadro abaixo.

DIA	HORA		PRES. ARTERIAL		PULSO	RESP.
			Max.	Min.		
11	8,00'	A. A.	11	7	84	22
—	9,10'	I. A.	11	7	84	22
—	9,15'	F. A.	11	7	82	22
—	9,20'	F. O.	11	6 - 1/2	82	22
12	8,00'	P. O.	11	7	82	20

EXAME DE URINA

Antes da narcose: nada de anormal

Vinte e quatro horas após: Acetona; traços mínimos.

RESERVA ALCALINA

Antes da anestesia 68,44%

Tres horas após a narcose 68,44%

Vinte e quatro horas após 57,96%

COMENTARIOS:

Neste caso, a paciente caiu rapidamente em sono profundo, bastando apenas algumas bafaradas mínimas de bálsoformio para se obter o relaxamento abdominal completo.

O post-operatório decorreu otimamente, a R.A. manteve-se dentro dos limites normaes. Apenas a pressão arterial diastólica sofreu uma ligeira queda, no fim do ato cirúrgico. O pulso e os movimentos respiratórios praticamente mantiveram-se firmes.

Eliminação espontânea da urina.

Alta, curada, cinco dias após.

CASO IX — Emilia Nascimento, 42 anos, regs. 14. Peso 89 e 1/2 Kgrs. Diag. Fibromioma uterino.

Pressão arterial: Mx. 14 Mn. 5. Pulso 96. Movimentos respiratórios: 24 por minuto.

Hipnótico pré-anestésico. Dial 2 cc. intramuscular e 2 1/2 cc. por via oral, n'um total de 0,45, 1 1/2 hora antes da intervenção.

Operação: Laparotomia infra umbilical. Miomectomia. Drs. Ayres Netto e S. Hungria.

Anestésico: Raque-anestesia: estovaina.

COMENTARIOS:

No presente caso, só nos ocupamos da paciente durante o lapso de tempo de uma e meia hora que decorreu da administração dos 4 e 1/2 cc. de Dial até minutos antes da raque-anestesia.

Nesse periodo em que a paciente esteve sob a ação exclusiva do *Dial*, dosamos R.A., glicose, hemoglobina e uréa do sangue, procedemos tambem a contagem global e especifica dos elementos figurados do sangue e finalmente tiramos a pressão, pulso e movimentos respiratorios por minuto, antes do emprego do *Dial* e uma e meia hora após a administração.

Apresentaremos os resultados desses exames, omitindo considerações que aqui não cabem pelo facto de já as termos discutido n'outro capitulo; contudo a simples inspeção dos resultados adiante apresentados e postos em confronto confirmam em parte a exposição que já fizemos em capitulos anteriores.

RESERVA ALCALINA

Antes da administração do Dial	54,71%
Após 1 1/2 hora da administração	53,08%

GLICOSE DO SANGUE

Antes	0,85°/∞
Após 1 1/2 h.	0,85°/∞

URÉA DO SANGUE

Antes	0,47°/∞
Após 1 1/2 h.	0,47°/∞

HEMOGRAMA, CONTAGEM GLOBAL E HEMOGLOBINA

	A N T E S	1 - 1/2 h. APÓS
Eosinofilos	3%	2%
Basofilos	1%	1%
Neutrofilos	72%	74%
Linfocitos	15%	14%
Monocitos	5%	4%
N. Jovens	0%	1%
N. Bastonetes	4%	4%
Cel. anormaes	0%	0%
Hematias	3.900.000	3.800.000
Leucocitos	9.500	9.500
Hemoglobina	70%	70%

PRESSÃO ARTERIAL

Antes	Mx. 14 — Mn. 5
Após 1 1/2 h.	Mx. 14 — Mn. 6

PULSO

Antes	96	por minuto
Após 1½ h.	96	" "

MOVIMENTOS RESPIRATORIOS

Antes	24	por minuto
Após 1½ h.	24	" "

CASO X — Francisca G., 67 anos, regs. 179. Peso 40 Kgrs. Diag. Varizes dos membros inferiores. Estado geral regular. Hipnotico pre-anestesico, não foi administrado.

Pressão arterial: Mx. 12. Mn. 7. Pulso, 80. Tempt. 36,6°. Respiração: 18 movimentos por minuto.

Duração da intervenção, 1h.15' Ressecção bilateral da crossa da safena: Drs. Francia Martins e J. R. Barbosa.

— 9h10' — Dial (0,4) 4 cc. endovenoso. Oito minutos após a paciente é tomada de sono. Reflexo oculo palpebral desaparecido. Reflexos pupilar e corneo diminuídos. Pupila em midriase.

— 9h18' — Início da intervenção, pela incisão da pele a paciente agita-se. Completa-se a narcose com baforadas de balsoformio. Relaxamento muscular completo.

A mascara de Ombreeranne só era aberta *no maximo até o numero dois*, de vez em vez, nos momentos em que a operanda tentava agitar-se.

— 10h25' — Fim da narcose por inalação.

— 10h33' — Fim da intervenção.

Despertar. Quarenta minutos após a intervenção, sem vomitos e sem exaltação. Na tarde do mesmo dia vomitou um pouco

Anotamos, no quadro seguinte, o pulso, pressão arterial e os movimentos respiratorios.

DIA	HORA		PRES. ARTERIAL		PULSO	RESP.
			Max.	Mín.		
21	8,00'	A. A.	12	7	80	18
—	9,10'	I. A.	12	7	80	18
—	9,18'	I. O.	12	7	80	18
—	10,25'	F. A.	12	7	80	16
—	10,33'	F. O.	12	7	80	16

EXAME DA URINA

Vinte e quatro horas após a narcose .. Nada de anormal

Antes da anestesia Nada de anormal

RESERVA ALCALINA

Antes da narcose	74,24%
Tres horas após a operação	55,01%
Vinte e quatro horas após	55,01%

GLICOSE NO SANGUE

Antes da operação	0,85%
Vinte e quatro horas após	0,85%

COMENTARIOS:

A-pesar-de ser uma paciente mal nutrida e de idade relativamente avançada, o resultado obtido com a narcose de base (*Dial*), foi satisfactorio quer durante o acto cirurgico quer no post-operatorio.

Nesse caso convem notar que a pressão arterial e o pulso mantiveram-se estaveis, apesar da intervenção ser de longa duração e do estado da paciente não permitir uma narcose prolongada.

Houve ligeira diminuição dos movimentos respiratorios.

A reserva alcalina, alta antes da narcose (74,24%) conservou-se dentro dos limites normaes nas 24 horas que se seguiram ao ato cirurgico.

Como nos casos anteriores, não houve modificação digna de nota na glicose.

Alta, curada em 9 dias.

CASO XI — Otilia D., 17 anos, regs. 281. Peso 55 Kgrs.

Diag. Apendicite cronica. Estado geral bom.

Pulso, 75. Pressão arterial. Mx. 12 — Mn. 7. Movimentos respiratorios, 22 por minuto.

Hipnotico pré-anestesico, não foi administrado.

Operação: Apendicetomia. Duração, 20 minutos. Drs. A. Galvão e M. Cardoso.

— 9h. *Dial* (0,3) 3 cc. endovenoso muito lentamente. Doze minutos após surgem os primeiros sintomas da hipnose, respondendo vagamente ás perguntas.

— 9h.15' — A paciente cae em sono. O reflexo palpebral diminue sensivelmente. Reflexos ocular e corneo presentes. Pupila em midriase. Face em ligeira hiperímia ativa.

— 9h.17' — Inicio da intervenção. Pelo pinçamento da péte reage. Completa-se a anestesia com bafordadas de balsoformio a pesar disso continua a reagir. Foi aumentada a dose de balsoformio.

— 9h.34' — Fim da anestesia por inalacão.

— 9h.37' — Fim da intervenção.

A paciente é transportada ao leito, dormindo, porém um pouco agitada. Rosto conserva-se ainda ligeiramente iperimiado.

Despertar: Quinze minutos após, ainda um pouco agitada.

Assinalaremos abaixo, a pressão arterial, pulso, movimentos respiratorios e os exames de laboratorio efetuados antes e após a intervenção.

DIA	HORA		PRES. ARTERIAL		PULSO	RESP.
			Max.	Min.		
6	8,00'	A. A.	12	7	75	22
—	9,00'	I. A.	12	7	75	22
—	9,15'	I. O.	12	7	72	20
—	9,34'	F. A.	11½	7	72	20
—	9,37'	F. O.	11	6½	72	20
7	8,00	P. O.	12	7	72	20

EXAME DA URINA

	A N T E S	24 h. A P Ó S	48 h. A P Ó S
Albumina.	0	0	0
Glicose	0	0	0
Acetona.	0	Traços mínimos	0
Sed.	Normal	Normal	Normal
Uréa	20%	38%	29%
Pig. biliares.	0	0	0
Urobilinogeno	—	—	—
Urina dil. á.	—	—	—
1/20.	Normal	Normal	Normal
1/40.	0	0	0

EXAME DO SANGUE

	A N T E S	24 h. A P Ó S
Reserva alcalina	54,0%	49,0%
Glicose	1,0°/∞	0,95°/∞
Calcio	3,9 mg.°/∞	8,4 mg.°/∞

COMENTARIOS:

Afim de procurar sanar algumas perturbações que se nos têm depurado em alguns casos feitos até a presente observação, continuaremos d'oravante, sempre na medida do possível, a verificar a que tipo neuro-vegetativo pertence a doente, si vago ou simpatico-tonico e tentar procurar a harmonia desse sistema.

No presente caso, pesquisado o reflexo oculo cardiaco, constatamos tratar-se d'uma paciente do typo neuro-vegetativo simpaticotonico, portanto uma resistente, dormindo com muita dificuldade.

Após a injeção endovenosa do *Dial* a paciente somente caiu em sono ligeiro aos 15 minutos da injeção, agitando-se um pouco e choramingando. O pinçamento da pele provoca alguns movimentos reflexos.

Completamos a narcose com baforadas de balsoformio; na incisão da pele agitou-se a doente a ponto de nos obrigar a aumentar a quantidade de balsoformio, n'um total de 40 cc. para quasi todo o tempo da intervenção que durou 20 minutos.

Houve uma queda de 1 cm. Hg. da pressão sistolica e uma queda de ½ cm. Hg. da diastolica no fim da operação. O pulso e os movimentos respiratorios sofreram ligeira queda.

O calcio sanguineo, que era antes da narcose de 9,9 mg.°/∞ sofreu uma queda de 1,5 mg.°/∞ nas quatro primeiras horas do post-operatorio.

A taxa da uréa urinaria, de 20°/∞ antes da anestesia, passou a 38°/∞ 24 horas após e a 29°/∞ 48 horas após a narcose.

Post-operatorio normal, sem nauseas ou vomitos. Micção espontanea.

CASO XII — Maria L. 38 anos, regs. 308. Peso, 56 Kgrs.

Diag. Apendicite Crônica.

Pulso, 76. Pressão arterial Mx. 12 — Mn. 7 — Respiração: 24 movimentos por minuto.

Tipo neuro-vegetativo, vagotônica.

Hipnotico pre-anestésico; não foi administrado.

Operação: Apendicetomia. Duração: 15 minutos. Drs Hilda Paonessa e A. Galvão.

— 10h5' — Dial (0,4) 4 cc. endovenosa.

Treze minutos após a paciente cãe em sono. Reflexo palpebral diminuído. Ocular presente.

— 10h15' — Pelo pinçamento da pele reage levemente. Administradas algumas bafaradas de balsoformio. Reflexos palpebral, ocular e corneo abolidos. Pupila em ligeira midriase.

— 10h.16' — Início da intervenção.

— 10h.31' — Fim da intervenção.

Resultado da narcose: Ótimo.

Em seguida apresentamos as anotações dos exames de laboratorio, pressão arterial, pulso e movimentos respiratorios.

DIA	HORA		PRES. ARTERIAL		PULSO	RESP.
			Max.	Min.		
15	8,00	A. A.	12	7	76	24
—	10,5'	I. A.	12	7	76	24
—	10,16'	I. O.	12	7	76	24
—	10,23'	F. A.	12	7	76	24
—	10,31'	F. O.	12	7	76	24
16	8,00'	P. O.	12	7	76	24

EXAME DA URINA

Antes da operação:

Glicose, Albumina e Acetona ... Negativo

Ex. mic. do sed. cel. raros leucocitos

Urêa 18°/∞

Pig. biliares não contem

Urobilinogeno-Urina diluida a 1/20; — Normal

Urobilinogeno-Urina diluida a 1/40; — não contem

Vinte e quatro horas após a operação:

Acetona traços minimos

Urêa 38°/∞

Os demais elementos sem modificação.

RESERVA ALCALINA DO SANGUE

Antes da narcose 59,90%

Cinco horas após a operação 62,74%

Vinte e quatro horas após 59,90%

CALCIO DO SANGUE

Na vespéra da anestesia	10.9 mg. °/∞
Vinte e quatro horas após	10.8 mg. °/∞

URÉA DO SANGUE

Antes da anestesia	0,45°/∞
Vinte e quatro horas após	0,40°/∞

GLICOSE DO SANGUE

Antes da narcose	1,1°/∞
Vinte e quatro horas após	1,1°/∞

HEMOGRAMA DE SCHILLING — CONTAGEM GLOBAL
E HEMOGLOBINA

	ANTES DO DIAL	24 h. APÓS A NARCOSE
Neutrofilos.	42%	73%
Eosinofilos.	23%	8%
Basofilos.	1-8%	1°%
Monociclos.	6%	7%
N. Jovens.	1-1%	0%
N. em Bastão.	1%	2%
Linfocitos.	26%	9%
Hematias.	3.950.000	4.000.000
Leucocitos.	8.000	8.5000
Hemoglobina.	68%	71%

COMENTARIOS:

Neste caso, o resultado da narcose de base pelo *Dial* apenas com 4 cc. para 56 quilos de peso mostrou-se magnifico.

Como anestésico inalatório auxiliar empregamos baforadas mínimas de bálsoformio para obter o relaxamento abdominal. O período da narcose pelo *Dial* decorreu sem a mínima excitação.

A paciente despertou 1 hora após, bem disposta, respondendo claramente às perguntas.

Post-operatorio normal, sem náuseas, vômitos ou excitação.

Micção espontânea.

Como profilaxia da excitação post-operatoria administramos 5 cc. de gluconato de cálcio intramuscular 1 hora antes da narcose.

A pressão arterial, pulso e movimentos respiratórios mantiveram-se estáveis.

No exame de urina é digno de nota o aumento da taxa da uréia 24 horas após a intervenção.

No sangue, o calcio e a glicose não sofreram alterações. A reserva alcalina desviou-se ligeiramente para a alcalose às primeiras horas após a intervenção.

A uréa sanguínea que era antes da narcose $0,45^{\circ}/_{\infty}$ 24 horas depois passou a $0,40^{\circ}/_{\infty}$.

Quanto ao hemograma de Schilling, contagem global e dosagem da hemoglobina, antes e 24 horas após a narcose, verificamos: os neutrófilos que eram antes da narcose de 42% passaram 24 horas após a 73%. A contagem global dos leucócitos antes da narcose de 8.000 passaram a 8.500 24 horas após. Quanto a hemoglobina, de 68% que era antes, passou a 71%. Alta, curada 6 dias depois.

CASO XIII — Pedra R., 30 anos, regs. 331. Peso 42 Kgrs.

Diag. Apendicite crônica. Estado geral satisfatório.

Pressão arterial, Mx. 11 — Mn. 6. Pulso 88. Movimentos respiratórios: 23 por minuto. Temp. 36,6.

Hipnótico pre-anestésico; não foi administrado.

Tipo neuro-vegetativo; simpaticotônico.

Anestésico de base Dial 4 cc. (0,4) endovenoso.

Operação: Apendicetomia. Duração 12 minutos. Drs. Francia Martins e G. V. Azevedo.

Resultado: Ótimo.

9h.5' — Dial (0,4) 4 cc. endovenoso.

Oito minutos após surgem os primeiros sintomas da narcose. Reflexo palpebral diminuído, ocular presente, pupila em ligeira midriase. Ligeira hiperímia ativa do rosto.

9h.17' — A paciente cãe em sono profundo. Pelo pinçamento da pele a paciente reage. Foi administrado baforadas de balsoformio em gotas.

9h.20' — Início da intervenção.

9h.32' — Fim da intervenção.

Despertar: meia hora após a intervenção, sem náuseas, vômitos ou excitação. Post-operatório normal.

Abaixo em quadros esquemáticos estão assinalados os exames de laboratório, a determinação da pressão arterial, pulso e dos movimentos respiratórios, antes durante e no fim da narcose bem como 24 horas após a intervenção.

DIA	HORA		PRES. ARTERIAL		PULSO	RESP.
			Max.	Min.		
10	9,00'	A. A.	11	6	88	23
—	9,5'	I. A.	11	6	88	23
—	9,20'	I. O.	11	6	88	23
—	9,25'	F. A.	12	6	88	22
—	9,32'	F. O.	12	6	88	22
11	8,00	P. O.	11	6	88	23

EXAMES DA URINA

	A N T E S	24 h. A P Ó S
Albumina	Negativo	Negativo
Acetona.e.	"	Traços mínimos
Glicose	"	Negativo
Uréa	19°/∞	38°/∞
Pig. biliares	Negativo	Negativo
Ex. micros. sed.	Nada de anormal	Nada de anormal
Urobilionogeno	—	—
Urina diluída á		
1/20	Normal	Normal
1/40	Negativo	Negativo

EXAME NO SANGUE

	A N T E S	24 h. A P Ó S
Reserva alcalina.	59,59°/∞	51,01°/∞
Glicose	1,0 °/∞	0,95°/∞
Uréa	0,50°/∞	0,45°/∞

COMENTARIOS:

Neste caso a narcose de base obtida com os 4 cc. do *Dial* foi excelente.

Como anestésico auxiliar administramos apenas 15 cc. de balseformio em conta gotas e sómente nos momentos em que se exerciam tracções.

Para a profilaxia da excitação administramos pela via intramuscular, na tarde da vespera da intervenção, 5 cc. de gluconato de calcio e a mesma dose 1 hora antes da narcose.

Não houve período de excitação quer durante a narcose ou post-operatorio. O sono obtido pelo *Dial* foi semelhante ao sono fisiológico.

No dia imediato, a paciente contou-nos que nada sentiu durante o ato cirurgico e ignorava se tinhamos empregado as baforadas de balseformio.

E' digno de nota neste caso, um ligeiro aumento da pressão arterial sistolica aos 25 minutos após a administração do *Dial*. O pulso manteve-se estavel e os movimentos respiratorios diminuíram ligeiramente (de 23 para 22).

Na urina é digno de nota o aumento da eliminação da uréa antes de 19°/∞ passou á 38°/∞ 24 horas após a narcose. Não constatamos urobilionúria nem pigmentos biliares antes ou depois da narcose.

No sangue notamos uma ligeira queda da R.A. (de 59,59% para 51,01) nas 24 horas do post-operatorio. O mesmo se deu em relação a uréa que era antes de 0,50°/∞ passando 24 horas após a 0,45°/∞. A glicemia manteve-se praticamente inalterada.

Micção espontanea.

Alta curada em 6 dias após.

CASO XIV — Maria D., 26 anos, regs. 286. Peso 65.

Diag. Apendicite Cronica.

Pressão arterial, Mx. 10 — Mn. 22. Pulso, 80. Movimentos respiratorios; 22 por minuto. Temperatura 36,8. Estado geral satisfatorio.

Tipo neuro-vegetativo simpaticotonica.

Hipnotico pre-anestesico. Não foi administrado.

Anestesia. Dial 4,5 cc. + balsoformio 30 cc. em conta gotas.

Operação. Apendicetomia, duração 35 minutos. Drs. A. Galvão e A. Martinez.

Resultado bom.

— 8h.45' — Dial (0,45) 4,5 cc. endovenoso.

— 8h.50' — A paciente já começa cair em sono. Reflexo palpebral diminuido, ocular e corneo presentes. Pupila em midriase. A paciente é levada dormindo para a mesa operatoria.

— 8h.57' — Pelo pinçamento da pele a doente reage. Administramos algumas baforadas de balsoformio em compressa. Narcose completa.

Reflexo palpebral desaparecido, ocular e corneo sensivelmente diminuidos. Pupila em midriase.

— 9h. Inicio da intervenção. Durante a intervenção administramos o balsoformio, sempre em conta gotas e nos momentos de real necessidade.

— 9h.25' — Foi suspensa a narcose inalatoria.

— 9h.35' — Fim da intervenção. A paciente é levada para o leito em sono profundo.

Despertar. Quarenta minutos depois, sem nauseas, vomitos e sem excitação.

Post-operatorio normal.

Relatamos adiante os exames de laboratorio, pressão arterial, pulso e movimentos respiratorios assinalados antes e depois da intervenção.

EXAMES DO SANGUE

	A N T E S	24 h. A P Ó S
Glicose.	1,2‰	1,2‰
Hemoglobina	70‰	72‰
Uréa.	0,40‰	0,40‰

EXAMES DA URINA

	A N T E S	24 h. A P Ó S
Albumina	Negativo	Negativo
Acetona.	"	Traços mínimos
Glicose	"	Negativo
Uréa ‰	16	36
Ex. mic. sed.	Cel. raros leucocitos	Cel. raros leucocitos
Pig. biliares	Negativo	Negativo
Urobilinogeno	—	—
Urina diluida á		
1/20	Normal	Normal
1/40	Negativo	Negativo

DIA	HORA		PRES. ARTERIAL		PULSO	RESP.
			Max.	Min.		
4	7,00	A. A.	10	7	80	22
—	8,45	I. A.	10	7	80	22
—	9,00	I. O.	10	7	80	22
—	9,25	F. A.	11	7	80	22
—	9,35	F. O.	12	7	80	22
5	9,00	P. O.	10	7	80	22

COMENTARIOS:

Neste caso, tratando-se d'uma paciente de 65 quilos, de acordo com a nossa tabela de dosagem, era indicada a administração de 6,5 cc.; contudo obtivemos um sono satisfatório com apenas 4,5 cc., apesar de se tratar d'uma paciente do tipo neuro-vegetativo simpaticotônico (resistente).

O resultado da narcose foi ótima.

E' digno de nota neste caso, um aumento da pressão arterial máxima (de 11 passou a 12) logo no fim da intervenção, isto é, 50 minutos após a administração endovenosa do *Dial*.

O pulso e os movimentos respiratórios, mantiveram-se firmes.

O exame de urina efetuado 24 horas após acusou um aumento da taxa da uréia (de 16°/∞ para 35°/∞).

A pesquisa d'uma provável lesão hepática pela presença do urobilinogeno na urina nada revelou.

No sangue nada constatamos de anormal 24 horas após o ato cirúrgico.

A uréia sanguínea manteve-se a 0,40°/∞ antes e depois da intervenção.

Alta, curada 6 dias após.

CASO XV — Maria K. 22 anos, regs. 274. Peso 52.

Pressão arterial, Mx. 10½, Mn. 7½. Pulso 96. Movimentos respiratórios; 23 por minuto. Temperatura 36,7. Estado geral satisfatório.

Tipo neuro-vegetativo simpaticotônica.

Hipnótico pre-anestésico; não foi administrado.

Anestesia geral: *Dial* 4 cc. + baforadas de basoformio. Resultado ótimo.

Apendicetomia; duração 1h.35'. Drs. A. Pucci e A. Galvão.

(Apendice e cecum localizados na fossa ilíaca esquerda).

— 8h. *Dial* (0,4) 4 cc. endovenoso. Dez minutos, sono. Reflexo palpebral sensivelmente diminuído, ocular e corneo presentes. Pupila em midriase. Rosto em ligeira hiperemia ativa.

— 8h.10' — Pinçamento da pele, reage. Algumas baforadas de basoformio. Relaxamento abdominal completo. Reflexo palpebral, ocular e corneo desaparecidos. Pupila em midriase. Rosto em hiperemia ativa.

— 9h.30'. Fim da narcose por inalação.

— 9h.45'. Fim da intervenção.

Anotamos em seguida a pressão arterial, pulso e movimentos respiratorios assim como os exames de laboratorio efetuados antes e após a narcose e intervenção.

DIA	HORA		PRES. ARTERIAL		PULSO	RESP.
			Max.	Min.		
9	7,50'	A. A.	10 $\frac{1}{2}$	7 $\frac{1}{2}$	96	23
—	8,00'	I. A.	10 $\frac{1}{2}$	7 $\frac{1}{2}$	96	23
—	8,10'	I. O.	11	7 $\frac{1}{2}$	96	23
—	9,50'	F. A.	12	7 $\frac{1}{2}$	96	22
—	9,45'	F. O.	12	7 $\frac{1}{2}$	96	22
10	8,00'	P. O.	10 $\frac{1}{2}$	7 $\frac{1}{2}$	96	22

EXAME NO SANGUE

	A N T E S	24 h. A P Ó S
Reserva alcalina	54,04	54,04
Uréa.	0,30°/∞	0,30°/∞

EXAME DA URINA

	A N T E S	24 h. A P Ó S	48 h. A P Ó S
Albumina	0	0	0
Glicose.	0	0	0
Acetona	0	Trs. evidentes	Traços minimos
Uréa.	18°/∞	36°/∞	—
Sed.	Normal	Normal	Normal
Pig. biliares	0	0	0
Urobilinogeno	—	—	—
Urina diluida á			
1/20	Normal	Normal	Normal
1/40	0	0	0

COMENTARIOS:

No caso presente, a simples apendicetomia foi transformada em grande e longa operação (1h.35') pela situação anormal do apendice que se achava na fossa iliaca esquerda.

A anestesia de base pelo *Dial* foi magnifica apesar da longa duração da intervenção. A narcose auxiliar foi administrada em baforada, de vez em vez, nos momentos de real necessidade.

A ultima baforada do narcotico inalatorio foi administrada 15 minutos antes do fim da intervenção. A paciente despertou 20 minutos após sem nauseas, vomitos ou excitações.

Quanto a pressão arterial, é digna de se notificar o aumento da pressão sistolica, como se depreende no quadro demonstrativo exposto.

Dez minutos após a administração endovenosa do *Dial*, a pressão sistolica começou a subir para voltar a normal na tarde do mesmo dia. A reserva alcalina e a uréa do sangue não se modificaram no periodo das primeiras 24 horas do post-operatorio.

No exame de urina, a taxa de uréa antes da intervenção de 18^o/∞ passou a 36^o/∞ 24 horas após.

Post-operatorio sem incidentes.

Alta, curada 8 dias após.

CASO XVI — Angelica P., 34 anos, regs. 1382. Peso 56.

Diag. Appendicite cronica e colecistite calculosa. Pressão arterial, Mx. 13 Mn. 7. Pulso 72. Respiração; 22; movimentos por minuto.

Hipnotico pré-anestésico: *Dial* (0,2) 2 cc. endovenoso 1 h. antes da narcose geral. Drs. S. Hungria e F. Martins.

COMENTARIOS:

Quinze minutos após a injeção do *Dial* a paciente cae em sono leve, apresentando relaxamento dos membros superiores e uma leve ataxia locomotora 1 hora após.

Como no caso IV, empregamos o *Dial* apenas como pré-anestésico, e com a intenção de procedermos aos exames de laboratorio, determinar a pressão arterial, pulso e movimentos respiratorios, no espaço de uma hora em que a paciente esteve sob a ação do *Dial*.

A seguir consignamos os resultados desses exames que pela simples inspeção dos resultados dispensam comentarios.

EXAME DA URINA

	ANTES	8 h. APÓS
Albumina	0	0
Glicose	0	0
Acetona	0	0
Uréa	20 ^o /∞	26 ^o /∞
Pig. biliares	0	0
Ex. micros. sed.	Cel. raros leucocitos	Cel. raros leucocitos
Urobilinogeno	—	—
Urina diluida á		
1/20	0	0
1/40	0	0

EXAME DO SANGUE

	ANTES	1 h. APÓS
Reserva alcalina	53,08 ^o /o	52,17 ^o /o
Uréa	0,40 ^o /∞	0,40 ^o /∞
Glicose	1 ^o /∞	1 ^o /∞

H O R A	PRES. ARTERIAL		PULSO	RESP.
	Max.	Min.		
8.00'	13	7	72	20
8.10'	13	7	72	20
8.30'	13	7	72	20
8.50'	13	7	72	20
9.00'	13	7	72	20

Pressão arterial, pulso e movimentos respiratórios durante o período que a paciente esteve sob a ação exclusiva do *Dial*.

CASO XVII — Nair N., 28 anos, regs. 307. Peso 53.

Diag. Apendicite crônica.

Pressão arterial, Mx. 13. Mn. 7. Pulso 85. Movimentos respiratórios, 26 por minuto. Temperatura, 36,7. Estado geral satisfatório.

Tipo neuro-vegetativo, simpaticotônica.

Hipnótico pre-anestésico; não foi administrado.

Apendicetomia, duração 15 minutos. Drs. J. Sayeg e A. Martinez.

Anestesia geral: *Dial* 4 cc. + 30 cc. de balsoformio em compressa.

Resultado: regular.

— 9h.10'. *Dial* (0,4) 4 cc. endovenoso. Dois minutos após agitação ligeira, a face torna-se corada.

— 9h.15' — Cae em sono ligeiro, respondendo com dificuldade as perguntas.

Reflexo palpebral diminuído, ocular e corneo ligeiramente diminuídos. Algumas baforadas de balsoformio pelo processo de compressa.

— 9h.17' — Início da intervenção.

— 9h.30' — Fim da narcose.

— 9h.33' — Fim da intervenção.

— Levada para o leito em agitação.

Adiante estão assinalados o pulso, respiração, pressão arterial e os exames de laboratório antes e depois da intervenção.

DIA	HORA		PRES. ARTERIAL		PULSO	RESP.
			Max.	Min.		
6	8,00	A. A.	13	7	85	24
—	9,10	I. A.	13	7	85	24
—	9,17	I. O.	13	7	82	23
—	9,30	F. A.	12	6½	80	22
—	9,33	F. O.	12	6½	80	22
7	8,0	P. O.	13	7	82	22

EXAME NO SANGUE

	A N T E S	24 h. A P Ó S
Reserva alcalina	55,01%	51,85%
Uréia	0,30‰	0,25‰
Glicose	1,0‰	0,90‰

EXAME NA URINA

	A N T E S	24 h. A P Ó S	48 h. A P Ó S
Albumina	0	0	0
Acetona	0	tra. evidentes	traços mínimos
Glicose	0	0	0
Uréia	8‰	20‰	—
Sed.	Normal	Normal	Normal
Pig. biliares	0	0	0
Urobilinogeno	—	—	—
Urina diluída á			
1/20	Normal	Normal	Normal
1/40	0	0	0

COMENTARIOS:

Tratava-se de nevropata, muito excitada a que a injeção endovenosa do *Dial* foi administrada com muita rapidez, sobrevivendo excitação.

Narcose acompanhada de acentuada hiperemia ativa do rosto. A excitação aparecida no período da administração do *Dial* cedeu facilmente com o decorrer do tempo e foi totalmente abolida com baforadas de balsoformio.

Durante o período da narcose pelo *Dial* a paciente em excitação, queixava-se de escurecimento da vista, e no entremeio de suas lamurias administramos algumas baforadas de balsoformio.

Derpertou em excitação, com náuseas e vômitos.

No dia imediato a operada não se recordava de ter usado a máscara para a narcose inalatória, recordando-se apenas do momento em que praticamos a injeção do *Dial*.

No caso presente houve uma ligeira baixa da pressão arterial (de 13/7 para 12/6 1/2) logo no fim da anestesia e operação. Os movimentos respiratórios que eram antes de 24 por minuto passaram para 22 no fim da intervenção e no período post-operatório.

Na urina assinalaremos a acetonúria post-operatória como nos demais casos e o aumento da taxa de eliminação da uréia, antes de 8 ‰/oo passou 24 horas após á 20 ‰/oo.

A uréia sanguínea sofreu ligeira queda de 0,5 ‰/oo no período post-operatório.

A glicemia e reserva alcalina mantiveram-se praticamente estáveis. Post-operatório; normal.

Micção espontânea.

Alta, curada 6 dias após.

CASO XVIII — Dorina R. 27 anos, regs. 343. Peso, 45.

Diag. Appendicite crônica.

Pressão arterial, Mx. 12, Mn. 7. Pulso, 74. Movimentos respiratórios; 20 por minuto. Estado geral, bom.

Tipo neuro-vegetativo, simpaticotônica.

Hipnotico pré-anestésico; morfina (0,01) $\frac{1}{2}$ hora antes. Preparo pré-anestésico: 5 cc. de gluconato de cálcio intramuscular a noite da véspera da operação e 5 cc., 1 hora antes da narcose.

Anestesia geral. Dial 4,5 cc. + baforadas de balsoformio.

Appendicetomia, duração 30 minutos. Resultado ótimo. Drs. A. Bruno e A. Galvão.

— 8h.30'. Dial (0,45) 4,5 cc. endovenosa. Dois minutos após surgem os primeiros sintomas da narcose. A paciente queixa-se que sente um calor no rosto, que a vista está se tornando escura e que os membros estão adormecidos.

— 8h.35' — Sono. Reflexo palpebral sensivelmente abolido, ocular e corneo diminuídos. Pupila em midriase. Face corada (hiperímia ativa). Ligeiro lagrimejamento. Pinçamento da pele, reage levemente.

— 8h.38' — Foi administrada algumas baforadas de balsoformio e iniciada a intervenção.

— 9h. Foi administrada a última baforada de balsoformio.

— 9h.8' — Fim da intervenção.

A paciente é levada para o leito em franco sono anestésico, respirando profundamente, face corada e pupila em midriase.

Ausência completa, de náuseas, vômitos e excitação.

As anotações da pressão arterial, pulso, movimentos respiratórios estão assinalados nos quadros que seguem:

DIA	HORA		PRES. ARTERIAL		PULSO	RESP.
			Max.	Min.		
29	8,00'	A. A.	12	7	74	20
—	8,30'	I. A.	12	7	74	20
—	8,38'	I. O.	12	7	74	20
—	9,00'	F. A.	12	7	74	20
—	9,8'	F. O.	12	7	74	20
30	8,0'	—	21	7	74	20

EXAME DE URINA

	ANTES	24 h. APÓS	48 h. APÓS
Albumina	Traços mínimos	Traços mínimos	—
Glicose	0	0	—
Acetona	0	Traços mínimos	—
Sed.	Normal	Normal	—
Uréa	18 $\frac{0}{\infty}$	42 $\frac{0}{\infty}$	—
Pig. biliares	0	0	0
Urobilinogeno	—	—	—
Urina diluída á.	—	—	—
1/20	Normal	Normal	Normal
1/40	0	0	0

EXAME DE SANGUE

	A N T E S	24 h. A P Ó S	48 h. A P Ó S
Glicose.	0,95‰	0,90‰	0,90‰
Uréa.	0,50‰	0,50‰	0,50‰
Calcio.	11,6 mg.‰	13,0‰	—
Hemoglobina.	72%	74%	72%

COMENTARIOS:

Neste caso o sono provocado pelo *Dial* foi relativamente rapido.

Durante todo o periodo de anestesia o pulso, pressão arterial e movimentos respiratorios mantiveram-se normaes. Os movimentos respiratorios, como nos casos precedentes, conservaram-se amplos e profundos.

O despertar foi calmo e a paciente tinha apenas uma vaga memoria de ter ouvido as nossas perguntas, logo no fim da administração da injeção endovenosa do *Dial*. Não se recorda de ter-se queixado do obscurecimento da vista e dos formigamentos dos membros no periodo de anestesia.

A simples inspeção do quadro demonstrativo dos exames de urina praticados antes e depois da narcose dispensa comentarios.

No exame de sangue é digno de nota o aumento do calcio; antes da operação era de 11,6 mg. ‰, passou á 13,0 mg. ‰ — 24 horas após a narcose.

Justifica-se essa elevação do calcio sanguineo pela administração do gluconato de calcio (10 cc.) que empregamos 1 hora antes da anestesia com o fim de eliminar as excitações post-operatorias.

A glicose e a uréa sanguineas, assim como a hemoglobina mantiveram-se praticamente estaveis no periodo das 48 horas do post-operatorio. Micção espontanea.

CASO XIX — Maria C. R., 30 anos, regs. 321. Peso, 60.

Diag. Apendicite cronica.

Pressão arterial. Mx. 11. Mn. 6 Pulso, 80. Movimentos respiratorios; 20 por minuto. Estado geral, bom.

Tipo neuro-vegetativo, simpaticotonica.

Hipnotico pre-anestico; não foi administrado.

Preparo pré-operatorio; 5 cc. de gluconato de calcio na tarde da vespéra da operação e 10 cc. endovenoso de Afenil 1 hora antes da narcose.

Anestesia geral. *Dial* 5 cc. + baforadas de balsoformio.

Apendicetomia; duração 25 minutos. Drs. P. Ayres Netto e H. Paonessa.

Resultado; bom.

— 10h. *Dial* — (0,5) 5 cc. endovenoso.

— 10h.13' — Sono. Reflexo palpebral sensivelmente diminuido. Pupilar e corneo diminuidos. Pupila em midriase. Face corada (hiperemia ativa). Sono calmo. Respiração profunda. Ausencia completa de excitação. Pelo pinçamento da pele a paciente reage.

— 10h.15' — Foi administrado algumas baforaas de balsoformio afim de obter-se um relaxamento abdominal completo. Ao iniciar a narcose

inalatoria a doente teve um ligeiro periodo de excitação, com alguns movimentos clonicos dos membros inferiores.

Foi iniciada a intervenção.

— 10h.35'. Foi administrado a ultima baforada de balsoformio.

— 10h.40'. Fim da intervenção. Neste momento a paciente apresentou nauseas, porém não vomitou. E' levada para o leito em sono anestésico. Rosto corado. Respiração normal. Pupila em midriase ligeira. Reflexo ocular presente.

Derpertar. Vinte minutos após e regularmente disposta, não se recordando se tinhamos empregado a mascara para a narcose auxiliar.

As anotações do pulso, pressão arterial, movimentos respiratorios e exames de laboratorio, seguem esquematizados nos quadros seguintes.

DIA	HORA		PRES. ARTERIAL		PULSO	RESP.
			Max.	Mín.		
25	8,00'	A. A.	11	6	80	20
—	10,00'	I. A.	11	6	89	20
—	10,15'	I. O.	11½	6½	80	19
—	10,35'	F. A.	11½	6½	80	19
—	10,40'	F. O.	11½	6½	80	19

EXAME DE URINA

	A N T E S	24 h. A P Ó S	48 h. A P Ó S
Albumina	0	0	0
Glicose	0	0	0
Acetona	0	Traços mínimos	Traços mínimos
Sed.	Normal	Normal	Normal
Uréa	18‰	46‰	—
Pig. biliares	0	0	0
Urobilinogeno	—	—	—
Urina diluída á	Normal	—	—
1/20	Normal	Normal	Normal
1/40	0	0	0

EXAME NO SANGUE

	A N T E S	24 A P Ó S	48 h. A P Ó S
Glicose	1,2‰	1,1‰	1,1‰
Uréa	0,50‰	0,50‰	—
Calcio	11,5 mg.‰	15,6 mg.‰	—
Hemoglobina	69%	70%	70%

COMENTARIOS:

Neste caso, a narcose de base pelo *Dial* foi magnífica.

O período de excitação que sobreveio durante a narcose foi devido á anestesia inalatoria.

A narcose auxiliar foi sempre administrada em baforadas, mantendo-se a mascara de Ombredanne a zero e abrindo-se nos momentos julgados de real necessidade, porém, nunca além do numero 2. Neste caso, a pressão arterial sistolica e diastolica aumentaram ligeiramente logo aos 15 minutos da injeção endovenosa do *Dial* (de Mx. 11 — Mn. 6, passou a Mx 11½ e Mn 6½).

No exame de urina, notamos, como nos casos precedentes, além da acetonuria post-operatoria, um aumento da taxa da uréa, como se desprende do resultado exposto. No ezame do sangue, a glicose, uréa e hemoglobina mantiveram-se praticamente estaveis antes e depois da operação. Apenas a taxa de calcio sanguineo elevou-se; de 11,5 mg. % que era antes da narcose passou a 15,6 mg. %, 24 horas após a operação, provavelmente devido ás injeções de calcio que administramos 1 hora antes da narcose.

Post-operatorio, normal.

Retenção da urina nas primeiras 24 horas do post-operatorio.

Alta, curada, 7 dias após.

CASO XX — Augusta S. 38 anos, regs. 337. Peso, 65.

Diag. Appendicite cronica. Pressão arterial. Mx. 11,6. Mn. 7.4. Pulso, 80.

Movimentos respiratorios; 24 por minuto.

Estado geral bom. Tipo neuro-vegetativo simpaticotonico.

Hipnotico pré-anestesico; morfina (0,01) sem resultado.

Pré-operatorio; 5 cc. de gluconato de calcio na noite da vespera da intervenção e 5 cc. 1 hora antes da narcose. Anestesia geral. *Dial* 4 cc. + 25 c.c. de balsoformio. Appendicetomia; duração 30 minutos.

Resultado regular. Drs. G. V. Azevedo e A. F. Martins.

— 8h.50' — *Dial* (0,4) 4 c.c. endovenoso.

Quinze minutos após cae em semi-sonolencia, respondendo muito vagamente as perguntas. Reflexo palpebral diminuido. Ocular e corneo presentes. Pupila em midriase.

Rost: ligeira hiperemia ativa. Neste momento algumas baforadas de balsoformio, para apressar a narcose.

— 9h.5' — Inicio da intervenção.

— 9h.25' — Fim da narcose inalatoria.

— 9h.35' — Fim da intervenção.

E' levada para o leito em sono anestesico, despertando meia hora após do fim da intervenção, sem nauseas, vomitos ou excitação, apenas queixando-se de dores locais.

EXAMES NO SANGUE

	A N T E S	24 h. A P Ó S	48 h. A P Ó S
Glicose.	1,0‰	1,0‰	1,0‰
Uréa.	0,60‰	0,50‰	0,50‰
Calcio.	11,9 mg.‰	15,5 mg.‰	—
Hemoglobina.	75%	77%	76%

EXAMES DE URINA

	A N T E S	24 h. A P Ó S	48 h. A P Ó S
Albumina	0	0	0
Glicose	0	0	0
Acetona	0	Trs. evidentes	0
Uréa	20‰	42‰	—
Pig. biliares	0	0	0
Urobilinogeno	—	—	—
Urina diluída á			
1/20	Normal	Normal	Normal
1/40	0	0	0

COMENTARIOS:

Neste caso, tratando-se d'uma paciente de 68 quilos, a dose de 4 cc. não foi suficiente para produzir apenas com o *Dial*, sono satisfatório.

O hipnótico pré-anestésico (morfina) não produziu efeito algum; provavelmente tratava-se de morfina já antiga e alterada com sóe acontecer muitas vezes. Apesar disso, a quantidade de balsoformio para a intervenção que durou 30 minutos foi apenas de 25 c.c.

Apesar de achar-se em semi sonolencia quando empregada a narcose, não se recorda de ter sentido a mascara. Neste caso, só registramos o pulso, a pressão arterial e os movimentos respiratorios, antes da anestesia e 10 minutos após a operação.

Verificamos não haver modificação, conservando-se a pressão Mx. a 11,6 e a Mn. á 7,4 e o pulso a 80, os movimentos respiratorios á 24.

No exame da urina a taxa da uréa que era de 20‰ passou a 42‰ 24 horas após a operação.

O exame do sangue a taxa do calcio que é de 11,9 mg. ‰ 24 horas antes da intervenção passou a elevada taxa de 15,5 mg. ‰ 24 horas após a narcose, provavelmente influenciada pelas injeções de calcio que administramos como pré-operatorio A uréa sanguínea de 0,60 ‰ que era antes da narcose passou a 0,50 ‰ 24 e 48 horas após a narcose.

A glicose sanguínea e a hemoglobina mantiveram-se praticamente estáveis no decurso do post-operatorio.

Retenção da urina nas primeiras 24 horas do post-operatorio que foi normal.

Alta, curada 6 dias após.

CASO XXI. — Olga Z, 43 anos, regs. 347. Peso, 58.

Diag. Apendicite crônica. Pressão arterial. Mx. 12. Mn. 8. Pulso, 80. Respiração; 24 movimentos por minuto.

Estado geral bom. Tipo neuro-vegetativo simpaticotônico. Hipnótico pré-anestésico; (sedol). Preparo pré-operatorio; 5 c.c. de gluconato de calcio intramuscular na tarde da vespera da operação e 5 c.c. 1 hora antes da narcose.

Anestesia geral. *Dial* (0,4) 4 c.c. endovenoso. Operação. Apendicetomia; duração 12 minutos. Drs. G. V. Azevedo e A. Bruno.

Resultado ótimo.

— 8h.30' — *Dial* (04) 4 c.c. endovenoso muito lentamente. Sete minutos após a paciente cãe em sono profundo. Reflexo palpebral desaparecido. Ocular e corneo sensivelmente diminuídos. Pupila em midriase moderada. Rosto em hiperímia ativa.

— 8h.38' — Pelo pinçamento da pele a paciente não reage. Foi iniciada a intervenção.

— 8h.50' — Fim da operação. A paciente é levada para o leito em franco sono anestésico, despertando 10 minutos após a intervenção, sem náuseas, vômitos e excitação.

A seguir assinalamos o pulso, pressão arterial, movimentos respiratórios, bem como os exames de laboratório.

DIA	HORA		PRES. ARTERIAL		PULSO	RESP.
			Max.	Min.		
14	8,00'	A. A.	12	8	80	24
—	8,30'	I. A.	12	8	80	24
—	8,38'	I. O.	12	8	80	24
—	8,50'	F. O.	12	8	80	24
—	11,00'	F. O.	12	8	80	24

EXAME DA URINA

	A N T E S	24 h. A P Ó S	48 h. A P Ó S
Albumina	Trs. mínimos	Trs. mínimos	Trs. mínimos
Glicose	0	0	0
Acetona	0	Trs. mínimos	Trs. mínimos
Uréia	22‰	20‰	—
Sed.	Normal	Normal	Normal
Pig. biliares	0	0	0
Urobilinogeno	—	—	—
Urina diluída á			
1/40	Normal	Normal	Normal
1/40	0,	0	0

EXAMES NO SANGUE

	A N T E S	24 h. A P Ó S	48 h. A P Ó S
Reserva alcalina . . .	55,08‰	55,0 1‰	55,08‰
Glicose	1,1‰	1,1‰	1,1‰
Uréia	0,40‰	0,45‰	—
Hemoglobina	75‰	74‰	—
Calcio	10,8 mg.‰	11,1 mg.‰	—

COMENTARIOS:

Neste caso, trata-se d'uma paciente de 58 quilos e de constituição robusta, e em que apenas 4 c.c. de *Dial* foram suficientes para produzir um sono profundo bastando por si só para a execução do ato cirurgico em condições magnificas.

Não houve durante todo o ato cirurgico, bem como no periodo post-operatorio, a minima excitação, ao contrário do que succedeu nos casos VI e VII nos quaes durante todo o tempo da intervenção as pacientes se agitaram.

Este caso nos demonstra cabalmente que a narcose produzida exclusivamente pelo *Dial*, administrado em doses adequadas ás circumstancias individuais de cada caso, é de curta duração e sem ação secundaria, nocivo ao organismo.

Logo ao despertar, 10 minutos após a intervenção, como já ficou dito anteriormente, a paciente sentia-se optimamente disposta, conversando com satisfação e contando-nos que nada sentiu, apenas ouvindo muito vagamente os ruidos em torno de si.

Durante a narcose a paciente conservava as palpebras relaxadas, o reflexo ocular reagindo muito ligeiramente, a pupila em midriase e o rosto corado. A respiração ritimada, profunda e constante assim como a pressão arterial e o pulso.

Do sono anestésico a que estava submetida, a volta da consciencia foi relativamente rapida. Assistimos a paciente passar em poucos minutos da anestesia profunda a que estava submetida durante 24 minutos aproximadamente, para a consciencia completa, despertando normalmente como d'um sono fisiologico.

No exame de urina constatamos ligeira albumina antes da intervenção e que se modificou mesmo 48 horas após a narcose.

Quanto a função hepatica pela prova da urobilinuria, nada constatamos de anormal no periodo pré e post-operatorio.

A taxa da R. A., glicose e uréa sanguineas mantiveram-se praticamente inalteradas antes e depois da operação.

O calcio sanguineo que era antes de 10,8 mg. $\frac{\circ}{\infty}$ passou a 11,1 mg. $\frac{\circ}{\infty}$ 24 horas após a intervenção, provavelmente influenciado pela administração pré-operatória do calcio.

CASO XXII — Matrona M., 22 anos, regs. 285. Peso, 54. Diag. Apendicite cronica.

Pressão arterial. Mx. 10. Mn.. 6. Pulso 80.

Movimentos respiratorios; 24 por minuto.

Tipo neuro-vegetativo, simpaticotonico.

Hipnotico pré-anestésico (Sedol) 3 horas antes. Preparo pré-operatório. Gluconato de calcio intramuscular, 5 c.c. na noite da vespera e 5 c.c. 2 horas antes da narcose. Anestesia *Dial* 3 c.c. + Novocaina a $\frac{1}{2}\%$ (20 c.c.).

Operação. Apendicetomia; duração 23 minutos. Drs. Duarte e A. Bruno.

EXAME DE URINA

	A N T E S	24 h. A P Ó S	48 h. A P Ó S
Albumina	Trs. evidentes	Trs. evidentes	Trs. evidentes
Glicose.	0	0	0
Acetona.	0	Trs. evidentes	Traços mínimos
Uréa.	12‰	40‰	—
Sed.	Cel. pus.	Cel. pus.	—
Pig. biliares	0	0	0
Urobilinogeno.	—	—	—
Urina diluída á			
1/20	Normal	Normal	Normal
1/40	0	0	0

EXAMES NO SANGUE

	A N T E S	24 h. A P Ó S
Glicose.	1,2‰	1,1‰
Uréa	0,40‰	0,40‰
Hemoglobina.	70‰	70‰

COMENTARIOS:

No presente caso foi nossa intenção administrar os 3 c.c. de *Dial* apenas como narcótico auxiliar á anestesia local. Durante todo o período da intervenção a paciente esteve em sonolencia, produzindo assim um bem estar geral, tirando a paciente do seu autocontrole, favorecendo o relaxamento muscular e dando afinal um certo grau de anestesia. Vinte minutos após a intervenção a paciente despertou, sem vomitos e sem excitação; interrogada sobre a operação, contou-nos que ouviu vagamente todos os ruídos em volta de si porém não podia falar, fazer movimentos e sentia um léve calor no rosto.

A pressão arterial que era minutos antes da narcose de 10-6 passou, 15 minutos após a 11-7, mantendo-se nesta cifra até 1h.10' após o ato cirurgico.

Não houve alteração da glicemia, hemoglobina e uréa sanguínea, no decurso do post-operatorio.

A taxa da uréa urinaria de 12‰ que era antes passou a 40‰ 24 horas após a narcose. Antes e após a intervenção constatamos uma albuminuria sem consequencias dignas de nota.

A função hepatica pela pesquisa do urobilinogeno e pigmentos biliares na urina nada revelou.

Post-operatorio normal.

Micção espontanea.

Alta, curada 6 dias após.

CASO XXIII — Lucia P., 29 anos, regs. 324. Peso 51.

Diag. Appendicite crônica. Pressão arterial. Mx. 11. Mn. 6. Pulso 80. Respiração; 22 movimentos por minuto.

Tipo neuro-vegetativo, simpaticotônico.

Hipnótico pré-anestésico; não foi administrado; Preparo pré-operatório; gluconato de cálcio intramuscular 5 c.c. na tarde da véspera e 5 c.c. 1 hora antes da narcose.

Appendicetomia; duração 25 minutos.

Appendicetomia; duração 25 minutos. Drs. C. E. Pires e M. Azevedo. Resultado ótimo.

— 9h.2' — Dial (0,45) 4,5 c.c. endovenoso. Ao terminar a injeção a paciente teve um choro convulsivo de pouca duração. A pupila em midriase.

Reflexos ocular, corneio e palpebral presentes. Face em hiperímia ativa.

— 9h.8' — Franco sono anestésico. Reage ao pinçamento da pele. Foram administradas algumas baforadas de bálsoformio em compressa.

— 9h.10' — Início da intervenção.

— 9h.35' — Fim da intervenção.

A paciente é levada para o leito em sono e ligeiramente excitada. Despertar. Quinze minutos após a intervenção e choro convulsivo, sem vômitos.

DIA	HORA		PRES. ARTERIAL		PULSO	RESP.
			Max.	Min.		
20	8,00'	A. A.	11	6	80	22
—	9,2'	I. A.	11	6	80	22
—	9,10'	I. O.	11	6	80	22
—	9,35'	F. O.	11	6	80	20
—	12,0'	P. O.	11	6	80	20

EXAMES NO SANGUE

	ANTES	24 h. APÓS
Glicose	1,2‰	1‰
Uréa	0,26‰	0,33‰
Hemoglobina	65%	66%

EXAMES NA URINA

	ANTES	24 h. APÓS	48 h. APÓS
Albumina	Trs. evidentes	Trs. evidentes	Trs. evidentes
Glicose	0	Traços mínimos	Traços mínimos
Acetona	0	0	0
Sed.	Cel. pres.	Cel. pres.	—
Uréa	26‰	23‰	—
Pig. biliares	0	0	0
Urobilogeno	—	—	—
Urina diluída á			
1/20	Normal	Normal	Normal
1/40	0	0	0

COMENTARIOS:

Neste caso, a narcose de base pelo *Dial* foi satisfatória, com apenas algumas baforadas mínimas de balsoformio em compressas num total de 15 c.c. para toda a intervenção que durou 25 minutos.

Apezar da administração previa do cálcio como medida profilática da excitação post-operatória a paciente teve excitação, se bem que moderada, nas primeiras 2 horas do post-operatório. A pressão e o pulso não se modificaram. Houve uma ligeira diminuição dos movimentos respiratórios (de 22 para 20) logo no fim da intervenção, contudo a respiração sempre se manteve ritmada e profunda.

A uréa sanguínea de 0,26°/∞ elevou-se á 0,33°/∞ 24 horas após a operação, ao passo que a eliminação urinária da urea, de 26°/∞ que era antes, baixou a 23°/∞ em contraposição aos resultados que até presentemente observamos nos casos anteriores.

Constatamos umã albuminúria antes da narcose que persistiu durante o período post-operatório sem consequencia digna de nota.

A função hepática pela urobilina e pigmentos biliares nada acusou. Post-operatório normal.

Retenção vesical da urina nas primeiras 24 horas do post-operatório. Alta, curada 6 dias após.

CASO XXIV — Julia C., 16 anos, regs. 181. Peso, 42.

Diag. Apendicite crônica. Estado geral, bom.

Hipnótico pré-anestésico, morfina (0,01), 2 horas antes. Pressão arterial. Mx. 12 1/2. Mn. 7. Pulso 80. Respiração; 20 movimentos por minuto. Operação. Apendicetomia. Duração da intervenção, 15 minutos.

Resultado, ótimo. Drs. J. R. Barbosa e Duarte.

— 11h33' — *Dial* (0,4) 4 c.c. endovenoso. Onze minutos após, a paciente cãe em sono. Reflexo oculo palpebral diminuído. Reflexos pupilar e corneo presentes. Pupila em midriase. Face levemente congestionada.

— 11h.44' — Completa-se a narcose com balsoformio e inicia-se a intervenção.

— 11h.50' — Fim da narcose por inalação.

— 11h.59' — Fim da intervenção. A paciente é levada ao leito ainda em sono profundo.

Despertar. Meia hora após, sem vomitos e sem agitação. A tarde e noite do mesmo dia passou bem disposta.

O pulso, pressão arterial e os movimentos respiratórios tomados antes, no início, no fim e 24 horas após o ato cirurgico, não sofreram alterações.

EXAME DE URINA

Antes da narcose — Nada de anormal.

Vinte e quatro horas após a operação — Acetonúria; traços mínimos.

RESERVA ALCALINA

Antes da narcose	60,81%
Vinte e quatro horas após	48,30%

CALCIO SANGUINEO

Antes da operação	11,9 mg. $\frac{\circ}{\infty}$
Vinte e quatro horas após	12,0 mg. $\frac{\circ}{\infty}$

COMENTARIOS:

Neste caso o resultado produzido pela narcose de base foi ótimo. A narcose complementar pelo balsoformio foi minima, apenas abrindo-se a mascara de Ömbredanne a 1 nos momentos em que a paciente se agitava.

Na tarde do mesmo dia, a paciente conversava bem disposta, ignorando se tínhamos usado a mascara para a narcose complementar.

A reserva alcalina, 60,81% antes da narcose, caiu em ligeira acidose (48,30%) 24 horas após.

Não houve alteração do calcio sanguineo nas 24 horas do post-operatório.

CASO XXV — Catarina S., 32 anos; regs. 267. Peso 60.

Diag. Salpingite cronica bilateral. Pressão arterial. Mx. 12. Mn. 8. Pulso 9. Respiração; 22 movimentos por minuto; tipo neuro-vegetativo, simpaticotonico.

Hipnotico pré-anestesico; não foi administrado. Preparo; gluconato de calcio intramuscular 5 c.c. na noite da vespera da intervenção e 5 c.c. 2 horas antes da narcose. Salpingetomia bilateral; duração 50 minutos. Anestesia geral. Dial 4 c.c. + balsoformico 50 c.c. Drs. S. Hungria e A. Doria.

Resultado mau. A paciente não dormiu sob a acção do Dial.

— 9h.40' — Dial 4 c.c. (0,4) endovenoso, insuficiente para provocar o sono.

— 10h. — Foi iniciada a intervenção.

— 10h.50' — Fim da anestesia e intervenção.

H O R A		PRES. ARTERIAL		PULSO	RESP.
		Max.	Min.		
8,0'	A. A.	12	8	—	22
9,40'	I. A.	12	8	—	22
10,00'	I. O.	12	8	—	22
10,50'	F. A.	11	7	—	20
10,50'	F. O.	11	7	—	20

EXAMES NO SANGUE

	A N T E S	24 h. A P Ó S
Uréa	0,50 $\frac{\circ}{\infty}$	0,50 $\frac{\circ}{\infty}$
Calcio	14,2 mg. $\frac{\circ}{\infty}$	11, mg. $\frac{\circ}{\infty}$

EXAMES NA URINA

	A N T E S	24 h. A P Ó S	72 h. A P Ó S
Albumina	0	0	0
Glicose	0	0	0
Acetona	0	Trs. evidentes	Traços mínimos
Uréa	30°/∞	45°/∞	—
Urobilinogeno	—	—	—
Urina diluída á			
1/20	Presente	Presente	Presente
1/40	"	"	"

COMENTARIOS:

Neste caso, tratando-se d'uma doente do tipo neuro-vegetativo simpaticotonico (resistente), de constituição robusta e com 60 quilos de peso, a dose de 4 c.c. de *Dial* foi insuficiente para produzir o sono desejado. A paciente apenas caiu em semi-sonolencia aos 25 minutos após a administração endovenosa do narcotico. Infelizmente não pudemos administrar a segunda dose de *Dial* por motivo de força maior; foi completada a narcose com balsoformio, num total de 50 c.c.

A paciente despertou 10 minutos após, com vomitos e excitação. A excitação post-operatorio surgiu acompanhada de queda de calcemia (14,2 para 11,0 mg^o/∞) apesar da administração previa do calcio intramuscular.

Esta paciente é portadora duma provavel disfunção hepatica conforme constatamos pela urobilinuria antes e após a narcose.

No periodo post-operatorio a paciente sempre queixou-se de dores no ponto cistico.

Retenção da urina nas primeiras 24 horas do post-operatorio.

Alta, curada 12 dias após.

CASO XXVI — Aide A., 21 anos, regs. 333. Peso, 47.

Diag. Apendicite cronica. Pressão arterial. Mx. 10. Mn. 5. Pulso 76. Movimentos respiratorios; 22 por minuto. Estado geral bom. Tipo neuro-vegetativo simpaticotonico.

Hipnotico pré-anestesico. Não foi administrado. Preparo, gluconato de calcio intramuscular 5 c.c. na tarde da vespera da narcose. Afenil 5 c.c. intravenoso 1 hora antes da narcose.

Apendicetomia; duração 15 minutos. Anestesia geral. *Dial* 4 c.c. + barforadas de eter em compressas. Drs. G. V. Azevedo e A. Bruno.

— 9h.37' — *Dial* 4 c.c. (0,4) endovenoso. Cinco minutos após surgem os primeiros sintomas da narcose. Reflexo palpebral diminuido, ocular e corneo presentes. Pupila em midriase moderada. Face em hiperemia ativa. Relaxamento dos membros.

— 9h.47' — Franco sono anestésico.

Reflexo palpebral abolido, corneo e pupilar sensivelmente diminuidos. Pupila em midriase. Pele corada. Respiração e pulso ritmados.

— 9h.49' — Pinçamento da pele sem reação. Foi iniciada a intervenção. Reação pela incisão da aponevrose. Administramos algumas barforadas de eter pelo metodo de compressas.

— 10h.4' — Fim da intervenção.

A paciente é levada ao leito em sono profundo.

Despertar — 15 minutos após, sem náuseas, vômitos ou excitação.

H O R A		PRES. ARTERIAL		PULSO	RESP.
		Max.	Min.		
8,00'	A. A.	10	5	76	22
9,37'	I. A.	10	5	76	22
9,49'	I. O.	10	5	76	22
9,59'	F. A.	10	5	76	22
10,4'	F. O.	10	5	76	22

EXAMES NA URINA

	A N T E S	24 h. A P Ó S	48 h. A P Ó S
Albumina	0	0	0
Glicose	0 ^o	0	0
Acetona	0	Traços mínimos	Traços mínimos
Uréa	28 ^o /∞	38 ^o /∞	—
Sed.	Normal	Normal	—
Pig. biliares	0	0	0
Urobilinogeno	—	—	—
Urina diluída á			
10/40	Normal	Normal	Normal
1/2	0	0	0

EXAMES NO SANGUE

	A N T E S	24 h. A P Ó S
Uréa	0,40 ^o /∞	0,40 ^o /∞
Calcio	12,8 mg. ^o /∞	8,8 mg. ^o /∞
Hemoglobina	70%	70%

COMENTARIOS:

Neste caso a narcose de base obtida com o *Dial* foi magnífica. Interrogada sobre o ato cirúrgico, a paciente apenas se recorda da injeção endovenosa. Durante todo o período de narcose a pressão arterial, pulso e movimentos respiratórios não sofreram modificações.

No exame de sangue assinalaremos a queda do calcio sanguíneo, que era antes de 12,8 mg.^o/∞ passando a 8,1 mg.^o/∞ 24 horas após a narcose apesar da administração previa do gluconato de calcio. No exame de urina, além da acetonúria post-operatória, constatamos um aumento da eliminação da uréia (de 28^o/∞ para 38^o/∞).

Post-operatorio normal.
Micção espontânea.
Alta, curada 15 dias após.

CASO XXVII — Herminia F., 42 anos; regs. 368. Peso, 40.

Diag. Hernia crural direita. Pressão arterial. Mx. 14. Mn. 9. Pulso 72. Movimentos respiratórios; 24 por minuto.

Hipnotico pré-anestésico; (Sedol) 1 hora antes. Tipo neuro-vegetativo simpaticotônico. Preparo pré-operatorio; gluconato de cálcio 5 c.c. intramuscular na tarde da véspera da operação e 5 c.c. 1 hora antes da narcose.

Operação — Herniorrafia inguinal direita e apendicetomia; duração 45 minutos. Anestesia geral. Dial sem efeito + basoformio. Drs. G. A. Azevedo e A. Bruno.

— 9h 30' — Dial — 4 c.c. (0,4) endovenoso. Vinte minutos após, a paciente ainda continua acordada, apenas demonstrando um relaxamento moderado dos membros.

— 9h.55' — Foi iniciada a narcose inalatória.

— 10h. — Foi iniciado o ato cirúrgico.

— 10h.45' — Fim da narcose inalatória e da intervenção.

H O R A		PRES. ARTERIAL		PULSO	RESP.
		Max.	Min.		
—	A. A.	14	9	72	24
—	I. A.	14	9	72	24
—	I. A.	14	9	72	24
—	I. O.	15	7	66	22
—	F. A.	12	6	64	20
—	F. O.	—	—	—	—

EXAMES NO SANGUE

	A N T E S	24 h. A P Ó S
Uréa	0,50‰	0,50‰
Cálcio	11,3 mg.‰	10,9 mg.‰
Hemoglobina	74%	72%

EXAMES NA URINA

	A N T E S	24 h. A P Ó S	48 h. A P Ó S
Albumina	0	0	0
Glicose	0	0	0
Acetona	0	+	+
Uréa	20‰	36‰	—
Pig. biliares	+	+	+
Urobilinogeno	—	—	—
Urina diluída á			
1/20	+	+	+
1/40	+	+	+

COMENTARIOS:

Neste caso, trata-se d'uma paciente do tipo neuro-vegetativo simpaticotonico, nevropatica e que vem de ha muito sofrendo de insônia, dirigindo-se para a sala operatoria dizendo que não dormiria com o anestesico.

Provavelmente por tratar-se d'uma resistente aos anesteticos, com psiquismo alterado, a dose de 4 c.c. de *Dial* foi insufficiente para produzir o sono, obrigando-nos a administrar balsoformio em quantidade relativamente grande (50 c.c.) para uma intervenção de 45 minutos.

Os exames de laboratorio, assim como a pressão arterial, pulso e movimentos respiratorios dispensam comentarios em vista da narcose ter sido obtida quasi exclusivamente pelo balsoformio.

CASO XXVIII — Elvira M. C., 16 anos, regs. 345. Peso 51.

Diag. Apendicite cronica. Estado geral satisfatorio. Pressão arterial — Mx. 12. Mn. 5 1/2. Hipnotico pré-anestesico; morfina.

Anestesia de base — *Dial* 4 c.c. endovenoso. Operação. Apendicetomia; duração — 45 minutos. Drs. R. Freitas e A. Martinez.

— 9h.5' — *Dial* (0,4) 4 c c. endovenoso.

— 9h.30' — Sono anestésico. A paciente é transportada para sala operatoria.

— 9h.35' — Inicio da intervenção.

— 9h.45' — Abertura do peritoneo. Reage. Foram administradas algumas baforadas de balsoformio.

— 9h.55' — Novas baforadas de balsoformio.

— 10h.20' — Fim da intervenção.

A paciente é levada para o leito em franco sono anestésico, facies corada, respiração profunda e ritmada.

Despertar — Vinte minutos após, sem excitação e vomitando um pouco.

Segue o quadro do registro da pressão arterial.

H O R A	PRESSÃO ARTERIAL		
		Max.	Min.
8,00'	A. A.	12	5 1/2
9,5'	I. A.	12	5 1/2
9,25'	D. N.	14	6
9,35'	I. O.	14	6
10,10'	F. A.	12	5 1/2
10,20'	F. O.	12	5 1/2
18,0'	P. O.	12	5 1/2

COMENTARIOS:

Neste caso, administramos o *Dial* meia hora antes da intervenção com o fim de se obter ação narcotica mais profunda.

A paciente foi levada para a sala de operação em sono profundo e a intervenção foi iniciada sem a auxilio do anestésico complementar, que

só foi administrado no período da abertura do peritoneo e nos momentos em que se exerciam trações visceraes.

Neste caso só tivemos a oportunidade de anotar a pressão arterial; como se depreende do quadro, ela elevou-se durante todo o período da narcose pelo *Dial*.

Post-operatorio normal.

Alta, curada 6 dias após.

CASO XXIX — Miquelina R., 22 anos. Regs. 462. Peso, 61.

Diag. Apendicite crônica. Estado geral, bom. Pressão arterial Mx. 10 ½ — Mn. 5 ½. Hipnotico pré-anestésico; não foi administrado.

Anestesia geral. *Dial* 5 ½ c.c. + baforadas de balsoformio (15 c.c.).

Operação — Apendicetomia. Duração — 25 minutos. Drs. R. Freitas e M. Cardoso.

Resultado — Ótimo.

— 9h. — *Dial* (0,55) 5 ½ c.c. endovenosa.

— 9h.15' — Sono anestésico.

— 9h.18' — Início da intervenção.

— 9h.43' — Fim da intervenção.

COMENTARIOS:

Neste caso, a narcose obtida pelo *Dial* foi excelente.

Quinze minutos após a injeção endovenosa do anestésico a paciente caiu em franco sono anestésico permitindo dar início a intervenção sem o auxilio do anestésico complementar.

As baforadas de balsoformio foram administradas apenas quando se exerciam trações visceraes.

A pressão arterial não sofreu modificação digna de nota. Os outros exames não foram anotados.

Despertar — Sem excitação e sem vomito. Post-operatorio normal.

Alta, curada 5 dias após.

CASO XXX — Berta C., 21 anos. Regs. 463 — Peso 53.

Diag. Apendicite crônica. Estado geral, bom. Pressão arterial Mx. 12 — Mn. 7. Hipnotico pré-anestésico — não foi administrado.

Anestesia geral — *Dial* — 4 c.c. + balsoformio (15 c.c.).

Operação: Apendicetomia — Duração 15 minutos. Drs. G. V. Azevedo e F. Martins.

— 9h.50' — *Dial* (0,4) 4 c.c. endovenoso.

— 9h.58' — Hipnose ligeira. Reflexo palpebral diminuído.

— 10h.5' — Sono. Reflexo palpebral abolido, ocular e corneo diminuídos. Foi iniciada a intervenção. A paciente reage. Administramos baforadas de balsoformio.

— 10h.20' — Fim da intervenção.

A paciente é levada para o leito ainda em sono.

Despertar — quinze minutos após, bem disposta, sem vomitos e sem excitação.

COMENTARIOS:

Neste caso a narcose pelo *Dial* foi satisfatoria. As baforadas de balsofomio foram administradas nos momentos de real necessidade.

A pressão arterial, durante todo o tempo da narcose, não sofreu modificação.

Os outros exames não foram anotados.

Post-operatorio, normal.

Micção espontanea.

Alta — curada 6 dias após.

CONCLUSÕES

Dos estudos a que procedemos, e como dados provisórios dos resultados obtidos até presentemente, podemos concluir que:

- 1.^o) — O acido Diallilbarbiturico (*Dial*) proporciona narcose de base, e as vezes total, o que nos permite colocar essa substancia entre os chamados pré-anestésicos e anestésicos de base.
- 2.^o) — O *Dial* produz narcose de duração ótima para qualquer intervenção cirurgica. O periodo de narcose varia entre 20 minutos a 1 1/2 hora no maximo.
- 3.^o) — Os pacientes dormem e despertam sem a menor sensação desagradavel, passando muito bem o periodo post-operatorio: não sentem mal-estar, vomitam raramente e poucas vezes apresentam a excitação tão comum nas narcoses pelos outros barbituricos.
- 4.^o) — Seguindo-se rigorosamente a tecnica da anestesia e a dose de 1 c. c. (0,1) para cada 10 quilos de peso, são afastados os raros inconvenientes (agitação, vomitos e torpor) quer durante a anestesia, quer no post-operatorio.
- 5.^o) — O *Dial* é um ótimo auxiliar da anestesia local, regional ou raqueana, usando-se doses pequenas pela via oral ou intra-muscular, produzindo uma hipnose agradável ao paciente.
- 6.^o) — E' de facil administração por todas as vias, com exceção da via retal.
- 7.^o) — O relaxamento muscular é sensivelmente diminuido, raramente abolido, donde a necessidade de se administrarem baforadas minimas d'um anestésico inalatorio, a titulo de anestesia auxiliar.

Caso	EXAMES DO SANGUE										EXAMES DA URINA										Exclação	Vômitos	RESULTADO DA NARCOSE		
	RESERVA ALCA-LINA %		GLICOSE g/100		URÊA g/100		CALCIO m.g. g/100		HEMO-GLORI-NA %		Urobili-nogeno		Fig. biliares		Urêa g/100		Glicose %		Albu-mina					Acetona	
	A.	D.	A.	D.	A.	D.	A.	D.	A.	D.	A.	D.	A.	D.	A.	D.	A.	D.	A.	D.				A.	D.
1	69,25	51,86	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Otimo	
2	41,59	59,90	1,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Bom	
3	59,59	53,08	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Bom	
4	52,17	53,08	0,95	—	0,25	0,25	—	—	75	70	—	—	—	—	19	22	0	0	0	0	0	0	0	0	Bom
5	60,8	52,17	1,2	1,0	—	—	—	—	77	75	—	—	—	—	20	45	0	0	0	0	0	0	0	0	Bom
6	53,08	55,01	0,95	0,95	0,25	0,30	—	—	69	67	—	—	—	—	20	29	0	0	0	0	0	0	0	0	Bom
7	72,30	60,08	1,0	0,95	0,30	0,30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Bom
8	68,44	57,96	—	—	—	—	—	—	70	70	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Otimo
9	54,71	53,08	0,85	0,85	0,47	0,47	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	74,24	55,01	0,85	0,85	—	—	9,9	8,4	—	—	—	—	—	—	20	29	0	0	0	0	0	0	0	0	Bom
11	53,0	49,0	1,0	0,95	—	—	10,9	10,8	68	71	—	—	—	—	18	38	0	0	0	0	0	0	0	0	Mau
12	59,90	62,64	1,1	1,1	0,45	0,45	—	—	—	—	—	—	—	—	19	38	0	0	0	0	0	0	0	0	Otimo
13	59,59	55,01	1,0	0,95	0,50	0,45	—	—	72	72	—	—	—	—	16	36	0	0	0	0	0	0	0	0	Otimo
14	—	—	1,2	1,2	0,30	0,30	—	—	—	—	—	—	—	—	18	36	0	0	0	0	0	0	0	0	Bom
15	54,04	54,04	—	—	0,40	0,40	—	—	—	—	—	—	—	—	20	26	0	0	0	0	0	0	0	0	—
16	53,08	52,47	1,0	0,90	0,40	0,40	—	—	—	—	—	—	—	—	8	20	0	0	0	0	0	0	0	0	Regular
17	65,01	51,86	1,0	0,90	0,50	0,50	11,6	13,0	72	74	—	—	—	—	18	42	0	0	0	0	0	0	0	0	Otimo
18	—	—	0,95	0,90	0,50	0,50	11,5	15,6	69	70	—	—	—	—	18	46	0	0	0	0	0	0	0	0	Otimo
19	—	—	1,2	1,1	0,50	0,50	11,9	15,5	75	77	—	—	—	—	20	42	0	0	0	0	0	0	0	0	Bom
20	—	—	1,0	1,0	0,60	0,50	11,9	15,5	75	74	—	—	—	—	22	20	0	0	0	0	0	0	0	0	Otimo
21	53,08	—	1,1	1,1	0,40	0,45	10,8	11,1	70	70	—	—	—	—	12	40	0	0	0	0	0	0	0	0	Bom
22	—	—	1,2	1,1	0,40	0,40	—	—	65	66	—	—	—	—	26	23	0	0	0	0	0	0	0	0	Otimo
23	—	—	1,2	1,0	0,26	0,31	—	—	—	—	—	—	—	—	30	45	0	0	0	0	0	0	0	0	Mau
24	60,81	48,30	—	—	—	—	11,9	12,	—	—	—	—	—	—	20	38	0	0	0	0	0	0	0	0	Otimo
25	—	—	—	—	0,50	0,50	14,2	11,0	—	—	—	—	—	—	30	45	0	0	0	0	0	0	0	0	Mau
26	—	—	—	—	0,40	0,40	11,8	8,1	70	70	—	—	—	—	20	38	0	0	0	0	0	0	0	0	Otimo
27	—	—	—	—	0,50	0,50	11,3	10,9	74	72	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Otimo
28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Otimo
29	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Bom
30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Bom

LEGENDA : M = morfina. S = Sedol. Bal = Balsoformio. B = Baforadas. A. A. = Antes da anestesia. F. O. = Fim da operação. A = Antes. D = Depois. Signal { + = positivo
0 = negativo

- 8.º) — Não apresenta toxicidade nem ação secundaria sobre o organismo, podendo ser empregado mesmo nos individuos debilitados.
- 9.º) — A pressão arterial sofre minima modificação; via de regra ha um ligeiro aumento das tensões Mx. e Mn.
- 10.º) — Não se nota alteração sensível do numero de pulsações e dos movimentos respiratorios, após administração do *Dial*.
- 11.º) — O acido *Dialilbarbiturico*, por si só não altera a reserva alcalina, a glicemia, a taxa da uréa sanguinea, nem a da hemoglobina.
- 12.º) — As unicas contra-indicações são impostas pelas afeções hepaticas e pelas graves lesões do parenquima renal.
- 13.º) — Acreditamos que, com a prossecução dos nossos estudos, dentro em breve tempo venha o *Dial* a concorrer com vantagem, na pratica anesthetica, com as narcoses inalatorias. (*)

(*) Posteriormente, um de nós (Ovidio Unti), continuando os trabalhos e baseando nestes primeiros resultados, apresentou estudos mais documentados em tese de doutoramento da Faculdade de Medicina do Paraná:

Ovidio Unti — Anestesia de base pela Dialilmalonilurée.

Tese aprovada com distinção — Faculdade de Medicina do Paraná, Brasil, 1936.

BREVEMENTE

3.º VOLUME DOS DE AUTORIA DO
 “ESTUDOS CIRURGICOS” Dr. Eurico Branco Ribeiro
 1 VOLUME FARTAMENTE ILLUSTRADO
 PEDIDOS DESDE JÁ AO AUTOR

CAIXA, 1574 - S. PAULO

PREÇO 25\$000

DRAGEAS

GRANULADOS

PEPTALMINE

MAGNESIADA

CHOLAGOGO

**PERTURBAÇÕES
 HEPATO-BILIARES
 COLITES**

Fabricada no Brasil com licença especial e sob o controle do
 LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIFIQUES-Paris
 Unicos distribuidores para todo o Brasil
 SOCIEDADE ENILA LTDA.
 174, Rua General Canabarro — Caixa 484 — Rio

**INSUFFICIENCIA
 HEPATICA
 ENXAQUÉCAS**

Tratamento das úlceras gastro-duodenaes pela associação Histidina-Pepsina.

Dr. J. P. Lage

Medico da Santa Casa e da Policlínica de S. Paulo

Geraldo Salles Colonnese

A denominação ulcera peptica, introduzida por Quinke, lembra que na patogenia intervem como factor primacial o suco gastrico. Concordando com a idéa de Quinke está a localização da ulcera: só aparecem úlceras tipicas nas zonas de ação peptica. Entretanto não está esclarecida a patogenia da ulcera peptica se bem que tenha havido tentativas de suprir com hipoteses a mingua de factos fundamentados. Desde a hipotese de Wirchow e Hauser, considerando a obliteração vascular como factor primario, até a idéa de Culmon, responsabilizando um estado anafilático, todas elas apresentam argumentos fortes. Daí a necessidade de um conceito eclético, concedendo a todos os factores certa influencia na patogenia da ulcera, pois seria erroneo deduzir a origem unica só porque o quadro anatomico final seja uniforme.

Certos trabalhos de AA modernos orientam todavia, com mais acerto o problema da ulcera peptica, mostrando novas diretrizes no tratamento. Dentre esses trabalhos alguns são bem interessantes, como o de Mann e Williamson e o de Loeper, Debray, Michaux e Sainton. A contribuição desses AA é de grande importancia notadamente no campo terapeutico. Tanto Mann e Williamson como Loeper apresentaram resultados brilhantes nas suas observações.

Assim, os primeiros, executando a derivação do suco duodenal no cão (secção do piloro, isolamento do duodeno e fixação do mesmo á ultima porção da alça ileal, reconstituição do transito por anastomose gastro-jejunal), provocaram em 100% dos casos o aparecimento de úlceras pepticas, identicas ás úlceras observadas no homem e depauperamento do animal operado. Concluíram os AA que o desvio das secreções duodenaes tornava impossivel a digestão das albuminas. Por essa razão o organismo animal ver-se-ia privado dos produtos terminaes da cisão

das moléculas proteicas—os amino-ácidos. Dentre esses, existem alguns que o organismo não pode sintetizar e cuja falta seria sentida com mais intensidade. Com o uso de vários amino-ácidos durante as inúmeras experiências, verificaram a ação benéfica da histidina que prevenia radicalmente o aparecimento da úlcera experimental e permitia ao animal operado um maior limite de vida. Em cães já com úlcera havia cicatrização em tempo bastante curto. AA. europeus transportaram o facto para o campo clínico, apresentando um trabalho em que figuravam inúmeros casos de úlcera tratados com histidina, sempre com ótimos resultados.

Por outro lado, os francezes Loeper e Debray e colaboradores, realizaram experiências tratando úlceras pépticas com injeções sub-cutâneas de pepsina. Usavam pois um método que pertencia ao mesmo tempo á proteinoterapia e á endocrinoterapia, já que a pepsina é um coloide positivo e um coloide específico. Como coloide positivo ela demonstra plena possibilidade de substituir as diversas albuminas usadas para o método dito de choque — caseína, gluten, leite total, peptona e a novoprotina.

Como coloide específico a pepsina tem uma ação mais eficaz que os outros produtos empregados. O facto poderia parecer paradoxal, porque até aquele tempo a pepsina era usada para excitar a secreção gástrica. Para esse fim ela era usada “per os” e o seu efeito, muito diferente. Injetada por via subcutânea ela desenvolve no organismos um poder “anti” e é esse poder “anti” que parece ter capital importância na terapêutica ulcerósa. Empregaram esse medicamento em inúmeros doentes de úlcera, com regime alimentar bastante liberal, com carne e legumes, evitando todavia os ácidos, salgados etc. Nenhuma medicação adjuvante foi prescrita, recommendando mesmo aos doentes que abandonassem os tratamentos anteriores. Na quasi totalidade dos casos, as dores, vômitos e outros sintomas cessaram entre a 4.ª e 7.ª injeção. A radiografia confirmava melhora visível do processo gástrico.

Baseados nesses dois trabalhos importantes, pensamos na possibilidade de usar um medicamento que reunisse ambas as substâncias acima discutidas. Teríamos assim, ao par da ação anti ulcerósa incontestável da histidina, o efeito cicatrizante da terapêutica de choque pela pepsina. Encontramos um produto cujo nome comercial é Histidinase, que reunia em sua fórmula o cloridrato de histidina e a solução de pepsina a 10%, representando assim exatamente o que desejávamos. O notável efeito dessa associação ficou provado, pois além de se mostrar particularmente ativa sempre que empregada (casos 1,2 e 3), ainda se mostrou eficiente nos pacientes 2 e 3, nos quaes o uso da simples solução de cloridrato de histidina não havia sido eficaz.

Realizamos nos doentes a prova de Katsch-Kalk para a verificação da acidez gástrica e o seu comportamento durante a

medicação. No decorrer das observações mostraremos o efeito benéfico da associação histidina-pepsina sobre a acidez gastrica, normalizando a curva nos casos em que o uso de cloridrato de histidina puro não fôra capaz de fazel-o.

Reproduziremos aqui tres observações de doentes da Santa Casa e da Pliclinica de S. Paulo, pacientes que seguimos com carinho e cujo follow-up foi possível.

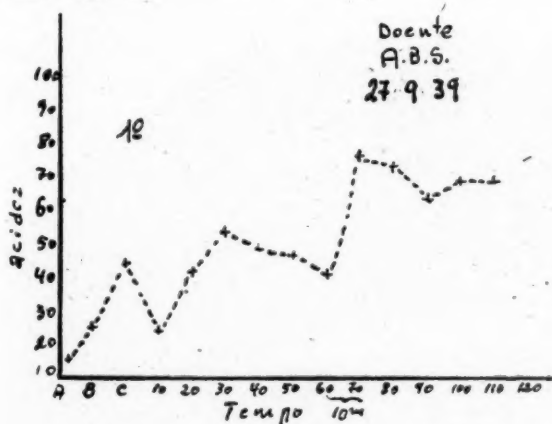
Observação n.º 1 — A. B. S., brasileiro, solteiro, 21 anos, lavrador.

Ha 2 anos queixa-se de dores no epigastrio.

A principio sofria dores logo após a ingestão de alimentos, acompanhadas de sensação de plenitude gastrica, azia, eructações frequentes. A menor compressão sobre o epigastrio exacerbava a dor. Passou assim cerca de 3 mezes.

Não fez restrições alimentares, continuando com a sua alimentação comum, apimentada e pouco variada. Depois desse tempo, a dor precóce foi substituída por uma sensação dolorosa mais aguda e sem localização precisa, com carater oscilatorio e acompanhada de eructações acidas. Nesta fase comprimia o epigastrio para mitigar as dores. Teve periodos de acalmia seguidos de outros de exacerbação das manifestações gastricas já aludidas. Nestas crises era acometido por constipação intestinal rebelde.

Suspeitamos de processo ulceroso duodenal e praticamos a prova de Katsch para verificação da acidez gastrica e outros dados referentes ás afecções desse segmento.



Prova de Katsch 27-9-39

A prova realizada 27-9-39 mostrou hiperacidez e uma curva escalonada típica. Era pois um dado que confirmava o nosso diagnostico.

O exame radiologico feito alguns dias depois acusava: "estomago apresentando muito espessado e irregular o relevo da mucosa por processo chronico de gastrite. Bulbo duodenal deformado apresentando nicho tipico de lesão ulcerósa". — 29-9-39.

Tratava-se pois de um caso tipico de ulcus duodenal com processo de gastrite concomitante.

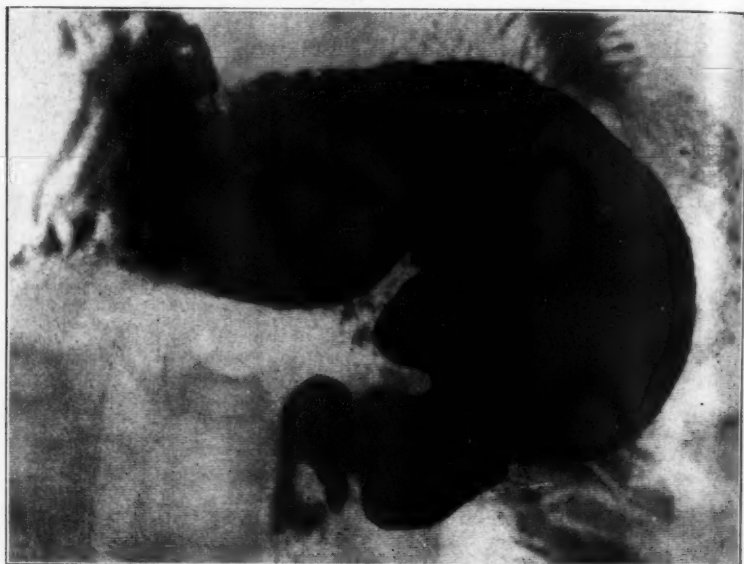


Fig. 2

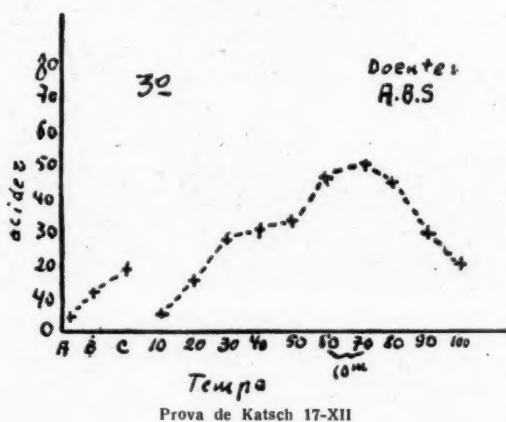
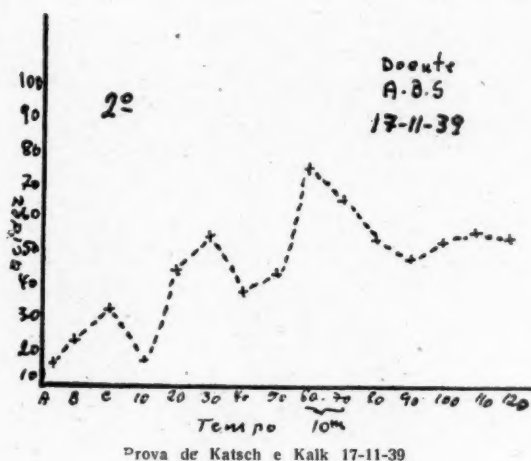


Fig. 1

de s
quad

vario
gido
vemo
hiper
algu

da p
sem
apres



O tratamento indicado foi o seguinte: alcalinos, beladona e injeções de solução de cloridrato de histidina pura. Repouso e alimentação adequada. Injeções de histidina em dias alternados.

As melhoras acusadas pelo paciente foram mínimas. Mesmo após varios dias de tratamento ainda havia dor tardia, eructações, etc. Attingido o 45.º dia de tratamento e persistindo a maioria dos sintomas, resolvemos praticar nova prova de Katsch. Esta mostrou a persistencia da hiperacidez e o escalonamento da curva, não acusando pois melhora alguma.

A radiografia feita no dia seguinte confirmava plenamente o resultado da prova funcional, mostrando: "estomago com aumento do peristaltismo sem sinais radiologicos de lesão organica. Bulbo duodenal deformado, apresentando nicho tipico de lesão ulcerôsa cronica". — 18-11-39.



Fig. 3

Ante o insucesso da terapeutica pela histidina pura, resolvemos tentar o tratamento pela associação histidina-pepsina. Conservamos as mesmas condições anteriores: alcalinos, repouso, etc. Iniciamos uma série de 18 injeções de Histidinase.

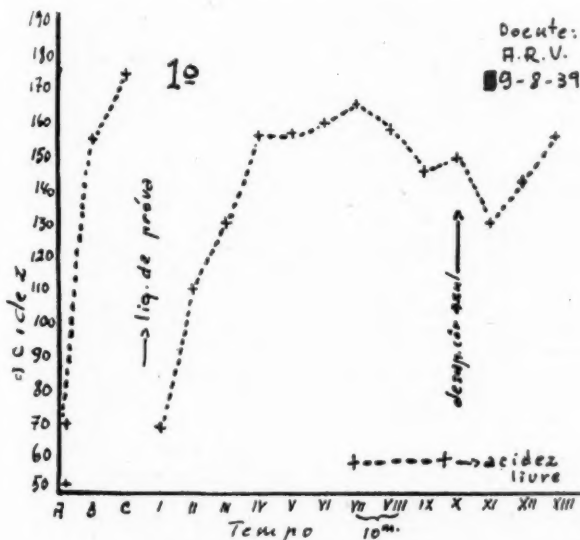
Entre a 4.ª e 5.ª injeções, após um fugaz periodo de exacerbação do processo, notamos sensível melhora no paciente. As dores toram se abrandando à medida que progredia o tratamento, as eructações rarearam, o apetite que diminuira voltou ao normal. Após 30 dias do inicio do novo tratamento, tendo desaparecido todos os sintomas anteriores, resolvemos praticar nova prova de Katsch. Como era esperado, a acidez gastrica voltou quasi aos limites normaes, evidenciando a notavel ação do medicamento empregado. A prova radiografica confirmou o sucesso da nova terapeutica, pois acusou: "estomago sem sinais radiologicos de lesão organica. Bulbo duodenal deformado ligeiramente, não apresentando mais o nicho ulceroso visível nos dois exames anteriores".

Observação n.º 2 — Senhora I. P., 32 anos, casada, hespanhola.

Ha cerca de 2 anos sente dor na região epigástrica, pirose e eructações. A dor aparece logo pela manhã e se exacerba antes das refeições,

para desaparecer após a ingestão de alimentos. Os alcalinos ou mesmo chá quente conseguem minorar as dores. Durante as crises comprime fortemente a região epigástrica. Os sintomas apresentam fases de acalmia. Logo depois, nova crise aparece com toda a pleiade de sintomas já referidos. Obstipação intestinal rebelde. Já fez tratamento com preparados á base de histidina pura sem resultado.

Antes de ser feita a radiografia do estomago praticamos a prova de Katsh. Revelou esta, hiperacidez gastrica (acidez-livre 75°). A rele-



1.ª prova de Katsch e Kalk

vografia acusou gastrite do antro e a radiografia do duodeno, pequeno nicho ulceroso da 1.ª porção que se apresentava deformada. De posse dessa documentação iniciamos o tratamento com injeções de Histidinase exclusivamente. Não prescrevemos alcalinos e a alimentação bastante liberal. Depois da 5.ª injeção todos os sintomas desapareceram, a paciente aumentou de peso graças á boa alimentação e o estado geral melhorou muito. Tomou 18 ampolas e depois de um intervalo de 10 dias, nova série foi iniciada.

Está há 6 meses em observação e o bom resultado persiste, de nada mais se queixando a paciente.

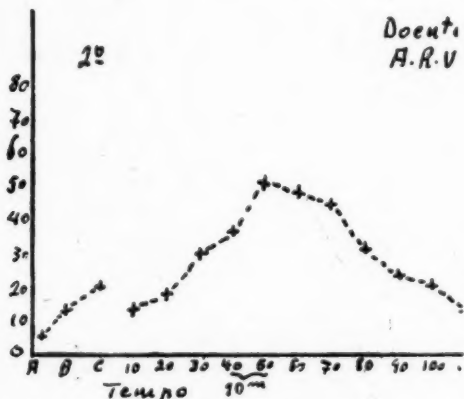
Observação n.º 3 — A. R. V., brasileiro, 21 anos, solteiro.

Antecedentes pessoais e familiares sem importancia.

De 3 anos para cá tem perturbações digestivas. Seus males começaram por cólicas abdominaes sobrevindo sem causa aparente e sem relação com os períodos de digestão. Tinha eructações e tonturas. Os sintomas se agravaram lentamente, sendo que há 3 meses o apetite diminuiu muito. Eructações frequentes e obstipação intestinal rebelde. Pouco acima da cicatriz umbelical surgiu dor em pontada irradiando-se para o

flanco direito. Notou fezes negras. Fase de acalmia de 15 dias e so-brevem nova crise dolorosa. Agora a dor aparecia pela manhã e ia se agravando cada vez mais com paroxismos que se repetiam cada meia hora.

Suspeitando de processo ulceroso praticamos a prova de Katsch e Kalk que revelou hiperacidez com estase grande (200 cc.). Hematias, leucócitos degenerados abundantes e muito muco. A acidez gastrica elevadissima demonstrou logo a presença de um processo gastrico intenso, embora a curva não tenha apresentado uma configuração especial.



O exame radiológico do estomago e duodeno mostrou: "estomago com aumento do peristaltismo sem sinais radiológicos de lesão organica. Bulbo duodenal deformado apresentando um pequeno nicho tipico de ulcera cronica com diverticulo ulceroso do recesso lateral externo". — 10-8-39.

Estabeleceu-se o tratamento pelos alcalinos, beladonna, repouso e injeções de Histidinase. — 18 ampolas.

Alguns dias depois já o paciente acusava nitida melhora.

No dia 18-10 nova radiografia, portanto 68 dias após o inicio do tratamento, revelava: "estomago com aumento do peristaltismo sem sinais radiológicos de lesão organica. Bulbo duodenal deformado apresentando um grande diverticulo pre-ulceroso. Não se nota mais o nicho de ulcera verificado no primeiro exame".

O paciente continuou sob a nossa observação persistindo o resultado obtido. Prescrevemos mais uma série de Histidinase — 18 ampolas. Nova prova de Katsch e Kalk, realizada algum tempo depois, acusou redução da grande hiperacidez anterior, voltando a curva aos limites normaes.

Endereço: Rua do Carmo, 6

NEO-HEPAN - figado injectavel

MOVIMENTO SCIENTIFICO PAULISTA*

Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

SESSÃO DE 15 DE FEVEREIRO

Presidente: PROF. JAIR RAMOS

DIVERTICULO DE MECKEL DO TYPO HEMORRHAGICO

— PROF. A. ALMEIDA PRADO —
O A. discorreu durante uma hora, a proposito de um caso pessoal, sobre a pathologia do diverticulo de Meckel, focalizando principalmente a ulcera diverticular, assumpto ainda pouco conhecido, parecendo ser a sua observação a primeira verificada no Brasil. Trata-se de uma moça de 24 annos, que apresentava desde 1934, hemorragias intestinaes profusas e repetidas, com repercussão anemica sobre o estado geral e cujo mal passara até então indagnosticado, não obstante o numero de exames e de provas feitas por varios e competentes profissionaes que a examinaram. A historia clinica da paciente, o unico ponto em branco de todo o exame do aparelho gastro-intestinal era o intestino grosso, que não fôra examinado radiologicamente. Iniciou-se por ahi a revisão do caso. O appendice, ao exame do dr. Paulo de Almeida Toledo, pare-

ceu suspeito de posição descendente interna, de mobilidade diminuida, nitidamente sensivel á pressão, cruzando a ultima alça do ileo, que se apresentava ligeiramente comprimida e suggeria a possibilidade de determinar estase na região angustiada e consequentes damnificações estruturales da parede intestinal, donde phenomenos hemorrhagicos secundarios. Os outros exames, hematologicos, funcionaes, etc., tinham sido negativos. A' vista da indicação da appendicectomy, propõe-se a intervenção. Antes, porém, ha um entendimento com o cirurgião, prof. Montenegro, no sentido de ter a intervenção mais um fim de laparotomia exploradora do que de simples appendicectomy. Abre-se o ventre, encontra-se o appendice na posição descripta pelo radiologista, e cerca de 50 mm. acima, na porção terminal do ileo exteriolizada, apparece um diverticulo de Meckel, que é retirado. O exame anatomopathologico, de-

(*) As noticias referentes á Sociedade Medica São Lucas são publicadas no Boletim do Sanatorio São Lucas, que é distribuido com o presente numero.

Nas convalescenças:

SERUM NEURO-TRÓFICO

TÔNICO GERAL — REMINERALIZADOR

RECONSTITUINTE — ESTIMULANTE

Medicação seriada

INSTITUTO TERAPEUTICO ORLANDO RANGEL
RUA FERREIRA PONTES, 148 - RIO DE JANEIRO

monstra que o divertículo está todo revestido de mucosa gastrica de typo fundico. Cura cirurgica e clinica completa. A doente foi operada em Setembro de 1939 e revista ultimamente havia recobrado completamente a saude. Engordara, ganhara côres, desaparecera-lhe de vez a movimentação peristaltica que muito a molestava e sobretudo, nunca mais tivera hemorragias. Passa então ao estudo das affecções do divertículo para se fixar no de ulcera diverticular, que era a do caso apresentado. Estuda a symptomatologia, a pathogenia, o diagnostico, o prognostico e o tratamento da affecção. A ulcera do divertículo de Meckel é rara, mas a excepcionalidade do diagnostico parece depender mais do desconhecimento da doença do que realmente da escassez de casos. Assim é que das primeiras observações apparecidas no começo do seculo até hoje, o numero de casos tem sido cada vez maior. Mondor e Lamy recensaram cerca de 100 até hoje e o diagnostico se tem estabelecido com crescente precisão, á medida que se têm espalhado as noções clinicas e pathologicas attinentes á pathologia da affecção. Assim Koplik reuniu, em collaboraçao com Hudson, 32 casos operados no hospital de crianças de Boston, até 1932, sendo que em 1933 ajuntou a esse acervo mais 19 casos novos. Pois bem, ao passo que a principio o diagnostico foi sempre vacillante, nos ultimos tres annos foi feito correctamente, nove vezes em 13. A symptomatologia é a da ulcera commum, com symp-

tomas hemorragicos dominantes. A pathogenia é a das ulceras pepticas post-operatorias do jejuno em geral. Os symptomas ulcerosos só se verificam nos casos em que o revestimento do divertículo é de mucosa gastrica, que secreta o succo gastrico, transformando a cavidade diverticular em um "verdadeiro estomago em miniatura". Não havendo ali nem biles nem secreções intestinaes a acidez do liquido secretado actua intensamente. Dahi a feição aguda e essencialmente hemorragica desse typo ulceroso. A ulcera do divertículo de Meckel é quasi privativa do sexo masculino e das edades infantil e adolescente. Em 91 observações reunidas por Mondor e Lamy, 77 eram de individuos do sexo masculino e 79, dentre 96, incluídos outros casos, tinham menos de 20 annos e em outro grupo de 60 observações de individuos jovens, contavam-se 27 lactentes e 39 menores, de 2 a 15 annos.

A ulcera se localisa invariavelmente no ponto de junção das duas mucosas, gastrica e intestinal. Isso explica porque a ulcera não foi achada na peça de exereses, no caso em apreço. Naturalmente ella ficou na porção intestinal do divertículo. A cura, não obstante, se processou porque, extirpado o divertículo, cessou a secreção acida que a produziu e a mantinha. O tratamento é estritamente cirurgico. Dadas as particularidades e a gravidade das complicações a que pode expor esta modalidade ulcerosa, nada se pode esperar do tratamento medico no particular.

SESSÃO DE 15 DE MARÇO

Presidente: DR. RAUL VIEIRA DE CARVALHO

CONTRIBUIÇÃO AO DIAGNOSTICO DIFFERENCIAL DOS TUMORES OSSEOS (Nota prévia) — PROF. GODOY MOREIRA — O diagnostico differencial dos tumores osseos se apresenta muitas vezes como um problema arduo e delicado. Na com-

municação desta noite apresentaremos um instrumento que idealizamos e que pode ser de grande utilidade para a solução desses casos. O diagnostico differencial entre os tumores benignos e malignos constitue o ponto essencial, pois d'elle depende

a orientação a seguir: o sacrificio de um membro ou a abstenção de qualquer tratamento como inútil e desnecessario. Tres são os elementos fundamentaes sobre os quaes o cirurgião se baseia para estabelecer o diagnostico: 1.º) o exame clinico; 2.º) a radiographia; 3.º) a biopsia. Os dados do exame clinico e a radiographia podem ser tão evidente que não haja nenhuma duvida a afastar. Nós, ha 14 annos, apresentamos a esta Sociedade um trabalho para demonstrar o valor da radiographia na decisão a tomar. Entretanto, frequentemente a clinica e a radiographia não são sufficientes e a biopsia se torna necessária. Principalmente quando ha suspeita de malignidade, não nos sentimos bastante seguros senão quando o exame anatomo-pathologico permite affirmar categoricamente com as provas na mão a natureza exacta da lesão. Nos largos debates que se tem travado sobre o assumpto, principalmente na Academia Nacional de Cirurgia de Pariz, ficou bem estabelecido o papel importante da biopsia para decidir principalmente nos casos iniciaes, justamente aquelles em que a questão é mais premente. A indicação da biopsia systematica seria pois o ponto pacifico se ella fosse completamente innocua. A retirada de um fragmento de osso para exame exige, porém, conforme a região (columna, osso illiaco, p. exemplo) uma intervenção por vezes consideravel através de tecidos alterados e fortemente vascularizados. Dahi a possibilidade de hemorragias, infecções e de precipitação da evolução do tumor. Do desejo de evitar esses riscos se originaram diversas tentativas para conseguir material para exame histo-pathologico por meio de simples punções. Grieg e Gray em 1904, propuzeram a punção e aspiração de ganglios para fins diagnosticaes. Em 1914, graças a Ward, a idéa foi realisada, porém, somente em 1921 por Guthrie (Stahel) foi applicada com resultados praticos. Robertson

mostrou a sua utilidade nas molestias da columna vertebral. Para o osso, as difficuldades eram evidentemente maiores, quando mais não fosse pela dureza do tecido e pela difficuldade de retiral-o, por aspiração. Martin e Ellis ha 10 annos, em 1930 parecem ter sido os primeiros a praticar punções para o diagnostico de lesões osseas. Todos, porém, encontraram consideraveis difficuldades em obter material sufficiente, pois as punções eram praticadas com uma agulha commum de 2 a 3 mm. de diametro, retirando-se o material por aspiração. Nós vi-nhamos ensaiando o processo ha algum tempo. Succedia, porém, que a ponta de agulha se rompia e que o material retirado era quasi sempre muito escasso. Construímos, então, uma agulha de punção ossea com a ponta serrilhada em dois sentidos á maneira de um trepano, e tendo um mandril com a ponta triangular. O principio utilisado não é a aspiração, mas a retirada directa no ponto desejado (indicado pela radiographia) de pequenos fragmentos cylindricos de tecido osseo amplamente sufficientes para o exame anatomo-pathologico. O anatomo-pathologista que fazia os nossos exames e que já nos assignalára a difficuldade de chegar a um diagnostico com os pequenos fragmentos anteriormente enviados e retirados com uma agulha commum, e embora não soubesse que estavamos experimentando um novo instrumento notou logo a mudança completa na quantidade e na qualidade do material, que agora lhe permitia chegar a conclusões mais positivas. Passamos, agora, a apresentar o instrumento que constitue objecto desta comunicação. O seu principio me pareceu tão simples e tão logico que julgamos já dever ter sido empregado. Entretanto, ás buscas cuidadosas que fizemos na literatura e as que a nosso pedido fizeram alguns anatomo-pathologistas, nos levam a crer que em toda a sua simplicidade este instrumento

constitue uma nova contribuição ao delicado problema do diagnóstico diferencial dos tumores ósseos. As objecções que se lhe podem fazer são as mesmas que cabem nas biopsias em geral, perigo de fistulação e de infecção, porém em grau incomparavelmente menor. Como vantagens especiaes devem se assignalar: 1.º) a sua benignidade; 2.º) a possibilidade de retirar, por punção, material abundante de ossos só attingíveis por largas incisões como o osso ilíaco e a columna vertebral; 3.º) a possibilidade de attingir facilmente o centro do tumor sem mutilar o osso, guiando a punção pela radiographia, havendo menor risco de se retirar, como acontece nas intervenções a descoberto, apenas fragmentos não característicos da periphéria do tumor; 4.º) tratando-se de uma biopsia electiva de pequenos fragmentos facilmente descalcificaveis o exame anatomo-pathologico se simplifica consideravelmente, podendo o resultado ser fornecido mais rapida-

mente; 5.º) por ultimo e não menos importante a facilidade com que os pacientes se submettem á punção, contrastando com a relutancia que costumam ter pela operação. A prolecção foi fartamente illustrada com numerosas e elucidativas projecções.

TORSÃO DO TESTICULO

— DRS. LUIZ CONCILIO e José MARIA DE FREITAS — Após terem salientado a importancia do diagnostico precoce na torsão do cordão espermatico, os autores fazem um estudo sobre o historico, classificação, frequencia e pathogenia salientando os factores predisponentes na genese da torsão. Discutem o diagnostico diferencial, a symptomatologia, fazendo notar que nem sempre a molestia se apresenta com caracter agudo. Mostram a efficacia do tratamento cirurgico e a vantagem de se evitar a castração. Descrevem um caso em um individuo de 23 annos, no qual o diagnostico tardio acarretou a perda da glandula seminal.

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HYGIENE, MOLESTIAS TROPICAES E INFECTUOSAS EM 4 DE OUTUBRO

Presidente: DR. AYROSA GALVÃO

LESÕES INICIAES NA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA (Nota prévia) —

PROF. S. PESSOA e DR. BRUNO R. PESTANA — Os AA. descrevem succintamente quatro casos que pensam se tratar de lesões iniciaes da leishmaniose tegumentar americana. Taes lesões são polymorphas, apresentando-se sob a forma de elevações papulosas e erythematosas da pelle, pequenas lesões impetiginoides ou fissuras nos labios. Em um caso em que a pelle ainda se mostrava integra, a curetagem mostrou um numero enorme de leishmanias. Nos restantes o numero de parasitas era bem menor.

Commentarios: Dr. Ayrosa Galvão: Congratula-se com os AA. por terem trazido um trabalho que abre um horizonte vasto para novos trabalhos. No 1.º caso, onde surgiu um erythema nodoso, seguido de enfartamento ganglionar, permite pensar que a leishmaniose antes de apparecer como papula, já estivesse diffundida pelo organismo.

RHINCOTOEMIA. DESCRIÇÃO DE DUAS ESPECIES NOVAS E DADOS SOBRE O SUB-GENERO —

DRS. JOHN LANE e J. COUTINHO — Os AA. revalidam *Mansonina albifera* Prado 1931, baseados em característicos da

términia do macho. Descrevem também duas novas espécies, sendo uma do Estado de São Paulo que chamam de *Chrysa* e a outra do Estado de Matto Grosso (território habitado pelos Chavante selvagens) e do Rio Sepetuba, no mesmo Estado, que chamam de *Hermanoi*, em homenagem ao saudoso sertanista Hermano Ribeiro da Silva. Também dão chaves para adultos e terminia dos machos e distribuição geographica dos especimens estudados.

Commentarios : Dr. S. Pessoa : Fez votos que os entomologistas ao estudarem grupos bem conhecidos, procurem sempre manter o criterio da comparação com as espécies alins, pois assim não incorrerão no lapso de collocarem espécies em synonymia, não se repetindo assim os erros de Davis e Prado.

Dr. Ayrisa Galvão : Corrobora as palavras do prof. Pessoa e ao mesmo tempo deve fazer sentir que a evolução e recursos scientificos de São Paulo, no momento presente são bem mais amplos que aquelles que existiam na epoca em que foram feitos os estudos de Davis e Prado.

CHAVE PARA A DETERMINAÇÃO DOS ANOPHELINOS DO GRUPO NYSSORHINCUS DE SÃO PAULO E REGIÕES VIZINHAS — DR. A. L. AYROSA GALVÃO —

O A. apresenta uma chave para a determinação dos ovos larvas, machos e fêmeas dos anophelinos deste grupo, destinada aos malariologistas não especialistas em entomologia que não podem, com facilidade, obter bibliographia sobre o assumpto pelo que colloca diante de cada item um eschema

e referencia á microphotographia correspondente. Precedendo a chave o A. dá dados succintos sobre cada uma especie no que tem de mais caracteristico

Commentarios : Dr. John Lane : A unica mancira de padronizar a questão do *Nyssorinchus* é esse que acabamos de ouvir pelo A., em seu trabalho de valor inestimavel e que vem preencher as lacunas existentes, supprimindo também o malariologista. E' uma chave perfeita que evita perda de tempo, trabalho que deveria ser publicado numa Revista onde o numero de separata por ella fornecido, fosse bem grande, para a maior diffusão de trabalho tão util. O A., com a apresentação da mesma dá o 1.º passo para a sua tão esperada monographia sobre o *Nyssorinchus*.

Prof. Pessoa : Deve referir que em carta recebida do dr. Barros Barreto, o maior hygienista do Brasil, elle se externa em relação aos trabalhos do A. como abrindo uma nova era para o conhecimento dos anophelinos transmissores em nosso meio.

Dr. F. Cardoso : Constitue motivo de orgulho para tod s nós esse juizo feito por hygienista tão notavel. Os Drs. Ayrosa Galvão e John Lane são os pioneiros da Escola Paulista de Entomologia. Quanto á maior diffusão da chave apresentada pelo A., cre que os poderes publicos poderiam encampar a iniciativa.

Dr. A. Galvão : Por uma questão de rigor historico, deve declarar que quando ingressou no Laboratório de Parasitologia da Faculdade, já encontrara a senda aberta pelo prof. Pessoa para esses estudos de malariologia.

SECÇÃO DE NEURO-PSYCHIATRIA, EM 5 DE SETEMBRO

Presidente : DR. EDGARD P. CEZAR

DENTES E PERTURBAÇÕES MENTAES — DR. E. AGUIAR

WHITAKER — Nos doentes mentaes, principalmente em determinadas categorias, são communs

as infecções dentarias. Para um diagnostico exacto o A. costuma, nos casos suspeitos, além do exame de rotina, realizar certas pesquizas com mais detalhes. Além

do exame mental, procede a um acurado exame physico, estabelece a curva da temperatura, pede um hemogramma e outros exames eventuaes e envia o paciente para o dentista, que por sua vez faz um relatório acompanhado de radiographias.

Nos casos positivos, são frequentes as caies dentarias ou os dentes tratados, porém revelando uma precaria vitalidade. Os ganglios lateraes enfartados, 2, 3, ou mais, constituem a regra. A temperatura é sub-febril á tarde, accusando 36º-37º, até 37º,5 etc. O hemogramma evidencia um processo infeccioso ou sub-agudo, leve.

Quando encontra indicações clinicas positivas, o A. realiza estas pesquisas completas, systematicamente. De accordo com a propria experiencia, algumas formas de disturbios nervosos accusam uma relação de causa e effeito nitido com as infecções dentarias: são formas mitigadas, em que predominam os syndromes depressivos, desequilibrios vago-sympathicos, estados de ansiedade, ideias hypochondriacas, emotividade exaggerada, etc. Trata-se de disturbios bastante frequentes, dahi o seu interesse positivo.

A therapeutica cifra-se na remoção dos focos infecciosos, tempo em que se inicia um tratamento antiinfeccioso geral. A seguir realiza-se uma serie de injeções de hyposulfito de magnésio, que age como estabilizador humoral (Lumière).

Naturalmente, nestes casos tambem, o terreno tem grande importancia, os disturbios descriptos incidindo em regra nas personalidades pre-psychoticas hyperemotivas, psychasthenicas, cyclotimicas, etc. Mas a remoção da causa infecciosa permite a volta ás condições normaes do individuo.

Em outras perturbações como a epilepsia, a eschizophrenia, etc., temos constatado a presença de infecções dentarias, estas entretanto, nestes casos, já não pare-

cem assumir uma importancia directa na eclosão dos symptomas pelo menos os principaes. Podem determinar certas modificações de importancia secundaria e principalmente agem pela repercussão sobre o estado geral. Em tal eventualidade nunca iniciamos o tratamento proprio do disturbio mental sem uma previa remoção das infecções focaes, condição indispensavel para o pleno exito da therapeutica adoptada. Para illustração o A. apresenta duas observações clinicas, escolhidas entre diversos de seus casos.

Commentarios : Dr. E. P. Cezar : Focalizando a importancia das affecções dentarias em psychiatria e em pathologia geral, refere-se ao exaggero a que attingem alguns medicos, emprestando uma significação etiologica demasiada aos focos dentarios nas mais variadas infecções chronicas. Entretanto, é innegavel o papel causal dessas infecções focaes em numerosos casos e pôde mesmo observar pessoalmente, em epoca muito recente, dois casos de hypertensão arterial com manifestações nevrosicas, em personalidades psychopathicas, casos esses que se curaram em crise com a remoção de um unico dente affectado. Numa das pacientes em questão, a pressão arterial maxima, que era de 27, cahiu a 14 no mesmo dia da extracção do dente, criando este facto uma situação delicada para a doente, em virtude da mudança subita do grau de pressão. No Hospital de Juquery os pacientes são sempre enviados ao dentista, colhendo com isso grandes vantagens, quer para o lado psychico, quer para o somatico. Nos casos do dr. Whitaker, a interpretação é difficil, pois ambos os doentes eram hyperthyreoidianos e este facto, por si só, poderia explicar a symptomatologia apresentada, com comprometimento da esphera emotiva. Como o tratamento da hyperfunção thyreoidiana fôra feita tambem nos pacientes, torna-se difficil dizer qual o contingente causal maior : o

hyperthyreoidismo ou as infecções dentárias. Mesmo porque ha casos de hyperthyreoidismo que regredem por completo após o tratamento dos dentes. Chama a atenção para que o dr. Whitaker, com a sua comunicação, viera reavivar um assumpto de muito interesse: o das relações entre infecções focaes dentárias e desordens psychicas, agradecendo ao A. o seu trabalho.

O dr. Whitaker, mostrando-se grato pelas opportunas considerações do sr. presidente, esclarece que não pretendia estabelecer, nos seus casos, uma relação directa das infecções de foco com os disturbios mentaes, mas pelo menos uma relação indirecta. Entretanto, observa que, num dos casos, o tratamento do hyperthyreoidismo fora iniciado tardiamente, depois que se haviam registrado melhoras apreciaveis em seguida ao tratamento dentario.

UM INTERESSANTE CASO DE PARANOIA REIVINDICATORIA (Parecer medico-legal) —

DRS. FRANCISCO TANCREDI e MARIO DE GOUVEIA — Os AA. apresentam o parecer medico-legal referente a um paranoico reivindicador que occupou alguns annos a atenção de magistrados e medicos psychiatras desta Capital. Depois de uma serie de demandas judiciais foi internado no Juquery, de onde sahiu em virtude de "habeas-corpus" impetrado pelo proprio paciente. Em liberdade dirigiu a sua actividade reivindicatoria contra Juizes, directores e medicos do hospital, chegando até a ameaças criminosas caso não fosse attendido nas suas "justas aspirações". A interdição foi requerida, não para preservar bens, pois o paciente é pobre, mas com o fim de defender a ei e a sociedade, de sua actividade perigosa. Faltava no caso um typico delirio de interpretação que era substituido por uma reivindicção pathologica de grandes proporções.

Commentarios: Dr. Olyntho de Mattos leu um parecer sobre o mesmo doente, de lavra de um psychiatra cujo nome pedia para não declinar, parecer esse enviado ao Juiz na mesma occasião em que o paciente estava sendo observado pelo dr. Tancredi. Mostra a discordancia flagrante dos dois laudos, pois no que acabava de ler se concluia pela desnecessidade de internação. Sendo elle proprio, dr. Olyntho, um dos apontados pelo doente como fazendo parte dos seus perseguidores e tendo tambem opinado a respeito do caso, desejava esclarecimentos sobre o assumpto, achando que os termos do parecer que analysára o collocavam em situação de culpado das graves accusações que lhe haviam sido movidas pelo paciente.

Dr. A. Silveira: Chegando ao recinto pouco antes, pediu a palavra para declarar ter sido elle o A. do parecer que acabava de ser lido pelo dr. Mattos. Lamenta não ter ouvido todos os commentarios de que fôra alvo o seu trabalho, para poder dar as necessarias explicações.

O sr. presidente interferiu dando os esclarecimentos de que precisava o dr. Annibal. Travou-se então, cerrada discussão entre os drs. Mattos e Silveira, tendo sido o dr. Pinto Cezar levado, por varias vezes a interromper os dialogos sustentados, procurando aclarar certos pontos feidos na discussão e pedindo aos associados que sempre mantivessem a elevação com que proseguiam os debates.

Como os dialogos se prolongassem sem uma solução conciliatoria, o sr. presidente pediu aos collegas que trouxessem a discussão novamente á baila em sessão futura.

Em seguida, pediu a palavra o prof. Almeida Jr., que disse considerar o caso relatado um dos mais interessantes e typicos de paranoia litigante, com todas as difficuldades que podem apresentar taes casos. Pediu ao dr. Francisco Tancredi a sua opi-

não a respeito de dois topicos de seu trabalho: 1) o que se refere ao receio de um esforço pessoal por parte do paciente, pois o paranoico é, em geral, covarde; 2) o que assignala a conveniencia da internação do paciente em hospital. Pensa que, sendo o doente um elemento perturbador do meio social, mas para o qual não existe um tratamento util, o lugar adequado para o seu recolhimento não deveria ser o hospital. Reconhece, entretanto, a falha do nosso aparelhamento social neste particular.

Dr. Pinto Cezar commentando, por sua vez, o caso apresentado, acha tratar-se, sem duvida, de um paranoico e sem duvida de periculosidade real. Referiu-se a exemplos de paranoicos que chegaram a commetter actos de serias consequencias. Um caso desses, não faz muitos annos victimou, no Chile, o prof. Fontecilla. Um outro doente que chegou á aggressão poz em perigo o pranteado prof. Vampré, não tendo havido, felizmente, consequencias maiores. Quanto ao paciente da observação do dr. Tancredi, tambem fez ameaças a elle, dr. Pinto

Cezar, tendo o procurado, certa vez, em sua residencia, em attitude francamente aggressiva.

O dr. Francisco Tancredi, em seguida, teve a palavra para responder, começando por declarar que os AA. se sentiam lisongeados pelo interesse despertado com o seu trabalho.

Respondeu em primeiro lugar ao prof. Almeida Jr., dizendo não ter trazido a documentação da periculosidade do doente por que teve de junta-la ao parecer original dirigido ao M. Juiz. Referiu-se a esta documentação e ás palavras do paciente em seus escriptos, promettendo agir por suas proprias mãos. Quanto ao recolhimento do doente a um hospital, reconhece que ha, nesse ponto, uma falha do aparelhamento social, pois em verdade poderia haver lugar mais adequado. Agradeceu os comentarios do sr. presidente e alludiu á discussão travada entre os drs. Mattos e Silveira, procurando explicar a diversidade de conceitos expendidos por ambos como uma consequencia de circunstancias especiaes em que um e outro observaram o paciente.

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE OUTUBRO

Presidente: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

UM CASO DE MEGACOLON TRATADO PELO ABAIXAMENTO INTRAESPINCTERIANO DO RECTO — PROF. ALÍPIO CORREIA NETTO — O A. apresenta o caso de um paciente de seu serviço hospitalar da 1.ª Clinica Cirurgica da Faculdade de Medicina em que não tendo dado resultado a esphincterectomia pelvi-rectal, a resecção do esphincter anterior do anus, nem a sympathectomia lombar, fez o abaixamento do recto por via intra-esphincteriana.

Depois desta operação o paciente passou a evacuar diariamente, não tem fecaloma e a cura persiste por cerca de 8 mezes. O A. affirma que é uma nova

operação a se praticar nos casos rebeldes aos outros tratamentos cirurgicos citados.

Commentarios: Dr. Eurico B. Ribeiro: Felicita o A., pela persistencia com que acompanhou o caso, dando interpretações razoaveis que justificaram plenamente o insuccesso operatorio, porcurando dentro dessas mesmas interpretações, attender ao beneficio do doente.

SUPPURAÇÕES TYPHICAS TARDIAS — DR. EURICO B. RIBEIRO — O A. chamou a attenção para as suppurações que occorrem depois da febre typhoide. Accentuou a preferencia pelos ossos longos e os caracteristicos

dos abscessos pela Eberthella typhi. Citou um caso de sua clinica, mostrando as difficuldades

do tratamento. Discorreu sobre o prognostico, assignalando quanto pode ser sombrio.

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SYPHILIGRAPHIA EM 11 DE OUTUBRO

Presidente: DR. MENDES DE CASTRO

CIRURGIA PLASTICA DE NEVO PIGMENTAR GIGANTE — DR. J. REBELLO NETTO

— O nevo gigante exige extirpação cirurgica e reconstituição plastica immediata. Para a cobertura, comquanto se possa recorrer ao methodo de Wolff ou ao tubular, deve ser preferido o enxerto pediculado. E' referido com pormenores um caso de um nevo occupando uma terça parte do membro superior. Apresentação do paciente, decorridos dois annos de tratamento, mostrando o excellente resultado do enxerto procedido com a pelle da face anterior do ventre.

Commentarios: Dr. Mendes de Castro: Felicitou o A. pelo exito cirurgico obtido e espera que continue trazendo á Secção casos outros, tão illustrativos quanto o apresentado.

HEMATOLOGIA DO PEMPHIGO FOLIACEO — DR.

ERNESTO MENDES E ACADEMICOS MIGUEL JAMRA e EMILIO MATAR — Os AA. estudam o quadro hematologico de 13 casos de pemphigo foliaceo, funcionando a medula ossea esternal em 8 casos e correlacionam os dados obtidos com as manifestações clinicas.

Determinou-se o numero de globulos vermelhos, brancos, o teor em hemoglobina, o diametro medio das hematias (hemocytometro de Breck) o valor globular e estabeleceu-se o hemogramma para 13 casos, em 8 o myelogramma. Estudou-se clinicamente o doente, do ponto de vista das infecções intercorrentes, da concomitancia ou não de processos que possam modificar o quadro hematologico (verruzinhas, infecções urinarias, syphilis). Procurou-se dar expres-

são da intensidade das modificações do equilibrio organico por meio da erythresedimentação.

Commentarios: Dr. João Paulo Vieira: Apresenta ao A. os mais francos elogios por um trabalho tão notavel e que vem, como os demais apresentados em nosso meio, procurar mostrar a origem toxi-infecciosa do nosso pemphigo foliaceo. Seria muito interessante fazer-se o estudo hematologico desses casos em inicio de evolução, sem uma infecção associada, observação que ainda não pôde ser feita entre nós.

Prof. Arton: Do ponto de vista hematologico não crê que se possa estabelecer uma diferenciação entre o pemphigo local e o europeu. Tem para si a opinião de que a epidermolyse e o ponto fundamental para a explicação do pemphigo, e sendo a epidermolyse um edema, deve ser levada na devida conta a pesquisa do metabolismo proteico local da epidermolyse. Quanto ao valor dos dados que procuram expicar a etiologia do pemphigo, pensa como o dr. João Paulo Vieira que só deverão ser levados em linha de conta, quando forem obtidos dos pemphigosos não apresentando alterações geraes. Por ultimo põe á disposição dos A.A. os dados bibliographicos e resultados chegados sobre o assumpto, pela escola de Genova.

Dr. E. Mendes: Agradeceu as suggestões do prof. Arton, que são da mais alta valia, pois pertencem de alguém que pertence a uma Escola que mais estudou a assumpto no mundo scientifico, a de Genova. Promette para a proxima reunião, apresentar os resultados ainda sobre o pemphigo, em relação aos saes e proteínas.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE OUTUBRO

CENTROS DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO — Dr. ESPIRITO SANTO — O A., tendo visitado os centros de saude do Rio de Janeiro, apresentou á casa um relatório daquillo que observou. Entre outros factos observados, salientou como mais importante, que os centros de saude no Rio de Janeiro são quasi que na maioria frequentados por gente pobre.

Commentarios : Dr. Paiva Ramos : Alegria-se bastante com o referido pelo collega, de que a frequencia ao centro de saude no Rio de Janeiro, é constituída de gente pobre o que não acontece em São Paulo, cujos centros tem um indevido funcionamento. No Syndicato, com outros collegas chamou muito a attenção para esse problema e o proprio Syndicato recebeu denuncias de que os centros eram frequentados por argentarios. Ainda em relação á esses centros deve dizer que elles têm uma efficiencia duvidosa, pois nelles se receita apenas papel, o que se desprehe do facto que no combate á mortalidade infantil, distribuem a irrisoria quantidade de 200 litros de leite.

Com essa parcimonia de leite, como é possível attender aos necessitados e aos bem afortunados. No Syndicato durante 10 annos, nos batemos com pertinacia por esse problema e nessa campanha visamos os necessitados, assim como o medico arte-são, que vive unicamente de sua clinica.

Dr. Gomes de Mattos : Referiu que a Clinica infantil do Ypiranga, para poder attender á distribui-

Presidente : DR. VICENTE FERRÃO

ção de leite á 30 indigentes teve necessidade de fornecer leite á 15 contribuintes, para contrabalançar as despesas.

Dr. V. Ferrão : A palestra do A. veio pôr em evidencia a necessidade de discutir-se essa questão de Assistencia e Protecção á Infancia, organismo que entre nós deve ser atacado e defendido. Trabalhando num Serviço que é procurado com um centro de saude, serviço absolutamente rudimentar, reconhece entretanto nelle a sua grandissima utilidade que é de permittir avaliar as nossas realidades e o que teremos de fazer para o futuro. O assumpto nessas condições é de proporções tão vastas, que deve concordar com o dr. Nupieri que elle deve ser discutido num Congresso e não em nossas Secções que embora seleccionadas, são tambem restrictas.

Dr. Espirito Santo : Annos atrás quando ainda era ingenuo em materia de esphera administrativa, não mediu esforços em suggestões e criticas, no Serviço Sanitario, para melhorar a Assistencia á Infancia em nosso Estado. Cruzou os braços, entretanto, desilludido de querer convencer uma mentalidade retrogada. Ha pouco tempo foi convidado para ser director de um Centro de Saude em S. Cecilia, mas recusou, e assim procederá emquanto persistir a mentalidade que impera em São Paulo desde 1925, preferindo ser sanitaria. Emquanto não se firmar o espirito de solidariedade, São Paulo não se livrará do alto indice de sua mortalidade infantil.

SECÇÃO DE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIA, EM 17 DE OUTUBRO

Presidente : DR. ERNESTO MOREIRA

RHINITE CASEOSA — Dr. FRIEDRICH MUELLER — O A. referiu primeiramente a opinião de diversos AA. sobre a affec-

ção. Segundo parece, não se trata de um quadro nosologico unico. Existe presumivelmente uma rhinite caseosa especifica. Além

disto, pode sobrevir uma alteração caseosa da secreção do nariz e das cavidades annexas, motivada por causas variadas; os corpos extranhos e a dificuldade da drenagem nasal parecem desempenhar um papel saliente na pathogenia do processo.

O A. descreveu em seguida dois casos de observação propria, sendo o primeiro scientificamente melhor estudado.

Neste caso houve adelgaçamento dos ossos ethmoidaes e da parede mediana do seio maxillar superior, na altura do conducto nasal médio, permitindo a penetração com os instrumentos cirurgicos no campo operatorio sem maior difficuldade. No puz encontraram-se bacillos fusiformes e espirochetas. O Wassermann foi negativo.

No 2.º caso o paciente soffria de uma sinusite maxillar aguda, que foi curada sem intervenção cirurgica. Do seio maxillar doente excretava-se uma massa caseosa para a cavidade nasal, aclarando-se ao mesmo tempo o seio á transilluminação. Em ambos os casos não havia estreitamento nasal, nem signal de corpo extranho.

Quanto ás dores, estas foram normaes no 2.º caso no que se refere á duração e ao tempo, isto é, começavam de manhã, para cederem á tarde, ao passo que no 1.º caso ellas eram de preferencia nocturnas, surgindo ás 22 horas e prolongando-se por toda a noite para desaparecerem com o raiar do dia.

Commentarios : Dr. Ráphael da Nova : Cumprimentou o A. pelo trabalho. Relatou dois casos que observou no decurso do pós-operatorio de sinusite maxillar chronica e que cederam depois de muito tempo por effeito de lavagens anthraes e bismutho-therapia.

Dr. Mueller : Fez notar que em um dos seus casos em que foi possível um exame bacteriologico do material caseoso, foram encontrados espirochetas no esfregaço, o que pôde muito bem jus-

tificar a cura pelo bismutho sem invocar o terreno luetico.

SOBRE 3 CASOS DE POLYPO DE KILLIAN NA CRIANÇA

— Drs. HOMERO CORDEIRO e MAURO CANDIDO DE SOUZA — Os AA. apresentam 3 casos de polypo de Killian occorridos nos dois ultimos mēses na Clinica Oto-rhino-laryngologica do Hospital Humberto I.

Após descripção clinica insistem sobre os 3 predcados fundamentaes da affecção polypo unico, inserção por longo pediculo no mento medio e raiz originaria no seio maxillar. Falam sobre a necessidade de se operar o seio maxillar com o fito de se extirpar o mal pela raiz e isso é tanto verdade que dois dos casos que tinham soffrido anteriormente polypectomia simples recidivaram. Em todos os casos a radiographia foi positiva dando opacidade do seio maxillar do lado do polypo.

Commentarios : Dr. Mario Ottoni : Chama a attenção que os polypos coanaes solitarios podem não ter origem no seio maxillar mas no rebordo coanal, polypos que costumam attingir grandes proporções chegando por vezes até a larynge. Não vê razão para que se denomine polypo de Killian.

Dr. Rubens Britto : E' comum ao operar-se um seio maxillar encontrar uma mucosa sã tendo apenas pequenas excrescencias polypoides, no soalho mais frequentemente. Tem a impressão que o polypo de Killian não seria outra coisa que o crescimento exaggerado de uma dessas excrescencias que por força do seu tamanho franqueasse um ostio e viesse exteriorizar-se na fossa nasal. Dahi não haver grande razão para attribuir a esse quadro foros de entidade morbida independente.

O sr. presidente agradece e elogia o trabalho dos AA. e insiste sobre a differença essencial entre este polypo e os do ethmoide, o primeiro perfeitamente curavel e o segundo no mais das vezes recidivante e incuravel.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE OUTUBRO

CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS SOBRE UM CASO DE RETÍCULO HISTIOCYTOMA GENERALIZADO DOS GÂNGLIOS LINFÁTICOS —

DR. ARMANDO VALENTE — O A. relatou que tem observado, no espaço de um anno, 4 casos de retículo-histiocytoma generalizado dos ganglios lymphaticos; faz essa comunicação a propósito de um desses casos. Discutiu a symptomatologia, em que predominou uma hypertrophia generalizada dos ganglios lymphaticos superficiaes e profundos, ao lado de esplenomegalia, com accentuada eosinophilia. Estabelece o diagnostico differencial com leucemia lymphoide, lymphosarcomatose e lymphogranulomatose, concluindo tratar-se de um reticulo-histiocytoma, diagnostico este confirmado por biopsia. A respeito da therapeutica, diz ser ella inteiramente inefficaz; a radiotherapia produz apenas uma redução temporaria do volume dos ganglios.

O PROBLEMA DO SOPRO MITRAL — DRS. LUIZ DECOURT e HERIBALDO LOVERSO — O A. faz um estudo sobre a significação do sopro systolico na ponta. Estuda, de inicio, a evolução das idéas a esse respeito e diz terem ellas passado por 3 periodos: 1.º, antes da grande guerra, em que se dava grande importancia ao encontro desse sopro; 2.º durante a grande guerra, em que se chegou a desistiu-o de qualquer significação; 3.º, periodo actual, em que se voltou a dar importancia a esse achado semiotico. Estuda a seguir as difficuldades de sua interpretação, as quaes advem de 2 causas: 1.ª, o grande numero de factores que intervem na sua produção; 2.ª, a difficuldade de comprovar uma insufficiencia mitral na mesa de autopsia.

Presidente: DR. TACITO SILVEIRA

Estudando o problema clinico do sopro systolico na ponta, passa em revista as differentes causas que o podem produzir, examinando os elementos que, em cada caso, nos poderão levar á identificação de sua etiologia. Entre estes é especialmente importante o exame radiologico, de frente e, principalmente, de perfil.

Examina o seu valor prognostico, mostrando haver grande divergencia dos AA. a respeito.

Conclue que o encontro desse sopro requer um cuidadoso exame do paciente, afim de se verificar se elle tem ou não significação pathologica.

a) RESULTADOS OBTIDOS COM O TRATAMENTO ALLÉRGICO ESPECÍFICO. b) ADRENALINA DE ABSORÇÃO LENTA EM MEDICINA INTERNA — DR. ERNESTO MENDES —

a) O A. refere-se aos resultados que obteve com o tratamento allergico especifico (exclusão do allergeno ou dessensibilização especifica) em 146 casos de hypersensibilidade humana em 23,97% dos casos o allergeno não foi encontrado e assim não pôde tentar o tratamento especifico. Tratou 98 casos, obtendo os seguintes resultados: em 19,38% dos casos, resultados maus, os doentes permanecendo como antes; em 43,87%, resultados bons, com melhora dos pacientes; em 34,68%, resultados optimos; cura completa, controlada durante 6 mezes.

b) Afim de evitar a rapida absorção da adrenalina e os phenomenos por ella determinados, o A. emprega adrenalina vehiculada em oleo de amendoim em solução a 1/500. Usou-a em 34 doentes, em 20 dos que surgiram os mesmos phenomenos dados pela adrenatina, porém, menos intensos. De 3 casos adrenalino-resistentes, obteve resultados em 1, nenhum resultado nos outros 2.

Em vista dos resultados obtidos, indica a adrenalina em oleo de amendoim nos casos de mal asthmatico. Tambem no collapsio vaso-motor, faz a mesma indicação

ENVENENAMENTO PELA RICINA (RICINUS COMMUNIS). — DR. LICINIO HOEPPNER DUTRA — O A. relatou o caso de uma moça que ingeriu cerca de 12 sementes de "Rcinus communis" das quaes apenas retirou a casca mais superficial. Sobreveiu grande intoxicação com symptomatologia exuberante em que

era particularmente alarmante o quadro da anuria que se manteve durante o curso todo da molestia. Embora empregasse todos os tratamentos symptomaticos ao seu alcance, houve exito lethal ao fim de alguns dias. Fez em seguida um estudo do "Rcinus communis" do ponto de vista da materia medica e da toxicologia. Referiu-se em seguida aos bons resultados obtidos nesses casos com o soro especifico, cuja applicação pratica é comtudo muito limitada pela difficuldade de sua conservação.

SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 23 DE OUTUBRO

Presidente : DR. JOÃO GRIECO

PNEUMOTHORAX EXPONTANEO BENIGNO. SOBRE UM CASO DE HEMOPNEUMOTHORAX EXPONTANEO BENIGNO DE FORMA DOLOROSA — DRS. TISI NETTO e HOMERO SILVEIRA — Os AA. fazem inicialmente um apanhado geral da historia da entidade morbida, dividindo-a em 2 partes : — historia da entidade clinica e da etiologia ; em seguida estudam o diagnostico, a frequencia, diagnostico differencial, o tratamento e fazem o commentario dos trabalhos nacionaes sobre o assumpto. Apresentam o caso de um hemo-pneumothorax de forma dolorosa enquadrado nos conhecimentos classicos sobre o assumpto. Concluem pela enorme frequencia da entidade em estudo ; sua preferencia pelos individuos jovens e do sexo masculino ; sua benignidade relativa, indicando as normas geraes de tratamento.

THORACOPLASTIA BILATERAL — PROF. ALÍPIO CORREA NETTO — O orador communica 2 casos de tuberculose apicilar cavernosa. A operação do primeiro caso se fez em 4 tempos, com ressecção de 7 costellas de um lado e 5 do outro. O doente teve cicatrizadas as ulceras do pulmão esquerdo, permanecendo

aberta a caverna á direita. O segundo paciente foi operado em 3 tempos. Resecção de 7 costellas á esquerda (2 tempos) e 4 á direita (1 tempo). Este paciente curou-se e voltou ao trabalho.

Discutindo as indicações desta operação, diz que se trata de operação nova feita pela primeira vez em 1931. Cita varias estatisticas mostrando ser bom o seu resultado.

Commentarios : Dr. Ruy Doria : A thoracoplastia bilateral é intervenção que offerece grandes riscos ; num caso que teve, o doente veio a fallecer no 2.º tempo da operação. É uma intervenção, que exige tanto do doente, que se tem a impressão de não existir o direito de a praticarmos, sem primeiro pensarmos seriamente na sua escolha. O pneumothorax extra-pleural bilateral em todos os lugares vem resolvendo melhor os casos e as estatisticas da thoracoplastia bilateral não são lá muito convincentes.

Dr. Fleury de Oliveira : Acha a thoracoplastia bilateral uma intervenção boa, com suas indicações precisas e que não deve ser substituida pelo pneumothorax extra-pleural, pois é preferivel correr um certo risco do que empregar uma therapeutica de resul-

tados aleatorios, com perigo do doente. Nessa intervenção o maior cuidado é poupar aos doentes uma phrenicectomy. Si é possível a pratica do pneumothorax de um lado e a thoracoplastia de outro, conforme mostraremos com o prof. Alipio, em 11 casos, tambem cremos na bilateral, contanto que se tomem todos os cuidados no decurso dos pós-operatorio do doente. Apesar do pneumothorax extrapleural e das esperanças que nelle se depositou não poderá substituir a thoracoplastia que continuará existindo sempre.

Dr. João Grieco : O pneumothorax extrapleural é uma illusão que está passando em muitos dos casos e não poderá substituir a thoracoplastia uni ou bilateral.

Dr. A. Correia Netto : Apresentou os dois casos como homenagem a um processo que estava considerado morto. Não apresentou antes porque quiz observar por mais tempo os resultados da cura. Quando o pneumothorax extra-pleural firmar-se mais como um processo garantido, virá então restringir as indicações da thoracoplastia mas teremos que

esperar ainda um certo tempo e assim continuaremos a fazer a thoracoplastia e si apresentamos dois casos é porque não houve mais indicações oportunas para a sua execução.

UM CASO DE TUBERCULOSE BUCCAL — Drs. JOÃO BATISTA DE SOUZA SOARES — O A. apresentou um caso raro de tuberculose buccal, extensa em doente em bom estado geral e com lesões pulmonates pouco activas. Depois de citar a escassa bibliographia, existente sobre o assumpto, toda ella concorde em affirmar a raridade dessas localizações, apresenta completa documentação á respeito do caso, inclusive uma biopsia, em que ficou evidenciada a presença de um bacilo de Koch em um dos cortes.

PHOTO IMPRESSÃO RADIOGRAPHICA — Drs. GUIDO POLITZER e LEON BERLIN — Apresentam um systema pratico de se poder incluir photographias, descrições, etc., no proprio film, no momento em que se faz a radiographia.

SECÇÃO DE UROLOGIA, EM 31 DE OUTUBRO

Presidente : DR. CLAUDIO ERMINIO

AÇÃO DOS SULFOCONJUGADOS SOBRE O ESPERMATOZOIDE (principalmente do corpo 693) Dagenan — DR. GERALDO DE CAMPOS FREIRE — São as seguintes as conclusões do autor :

1) Os sulfoconjugados, em geral, têm, realmente, uma acção nociva sobre o espermatozoide, traduzindo-se por uma necrospermia.

2.º) A necrospermia se verifica em alta porcentagem (quasi 80% dos casos do A.).

3.º) Esta acção nociva se verifica tambem com o Dagenan.

4.º) A necrospermia parece ser transitoria ; a suspensão do tratamento é o sufficiente para o "restitutio ad integrum" do espermatozoide.

5.º) A dose do sulfoconjugado administrada é proporcional á alteração encontrada.

6.º) O mechanismo da necrospermia ainda não é conhecido.

Commentarios : DR. A. Pereira : Considera que os exames praticados foram feitos em esperma ejaculado e seria interessante o controle desses exames em material obtido por expressão do epididymo e do testiculo, pois assim nos certificariamos do modo como actua o medicamento em ponto onde os espermatozoides ficam sedimentados.

Dr. C. Erminio : Felicitou o A. pelo trabalho, onde expoz com honestidade e conhecimento um problema, que hoje está aberto a todos os especialistas, o trata-

mento da blenorragia, pela chiotherapia.

Dr. Geraldo Campos Freire : A idéia do dr. Athayde é luminosa e vamos nos explicar porque em nossos casos nunca encontramos azospermia, e é muito possível que o necropermia occorra no tracto das vias espermaticas. Espera trazer brevemente á casa, um trabalho, cuja idéia tenha partido do dr. Athayde Pereira.

BLENORRAGIA INFANTIL

— DR. A. PEREIRA — O A. apresentou a estatística dos seus casos assim como os methodos do tratamento empregado. Disserta sobre o fundamento da molestia que não differe da blenorragia da mulher de modo que prefere a designação blenorragia infantil. As lesões estão localizadas na urethra, glandulas paraurethraes e cervix. O tratamento visa estirpar esses focos de infecção e para isso concorrem : o tratamento local do cervix com os urethroscopios, o emprego das sulfamidas, da folliculina e das lavagens sob pressão. Referiu 2 casos raros de blenorragia num menino acompanhado de phimose congenita e balanopocosthite. O tratamento é identico ao de blenorragia do adulto, praticada immediata abertura do prepucio. O A. apresenta prancha com aparelhos das imagens cervicaes, com as lesões typicas da cervicite granularis encontrada em muitas das suas enfermas.

Commentarios : Dr. Geraldo Campos Freire : Referiu a sua experiencia sobre blenorragia infantil na menina, tendo observado 7 casos e com relação á gonofixação, constatou a positivação em 5 casos, constituindo essa pesquisa um bom meio para o

diagnostico assim como para a comprovação da cura, pois, num caso observou a negatificação depois de 3 mezes de tratamento. Não tem observado as lesões no collo e tem a impressão de que se trata em muitos casos, de vulvovaginite e isso pelos resultados therapeuticos que se tem obtido com a folliculina. Não nega a existencia de annexite e gostaria de observar com o dr. Athayde, quando se offerecesse oportunidade, um caso em que elle tivesse encontrado lesões annexiaes e do collo.

Tem tido bons resultados nos casos observados com o emprego de folliculina, de Dagenan e do tratamento local.

Dr. C. Erminio : O A. ventila sempre assumpto de grande actualidade e pelo exposto ficamos com a impressão de que a sulfoanilamida veio resolver o tratamento da blenorragia infantil ; quanto á folliculina tem a impressão de que ella age como o nitrato de prata. Tem a impressão de que as crianças toleram melhor as doses de sulfanilamida que os adultos. Quanto ao exame da cervix, acha um pouco arriscado, e em só caso por si observado, não encontrou lesões cervicaes.

Dr. A. Pereira : Quando recebe um caso de blenorragia infantil aguda ou chronica o seu 1.º cuidado é mostrar a pessoa que acompanha o doente, o orificio por onde tem que inspecionar e tendo 3 calibres de uretroscopia escolhe o calibre mais appropriado para o caso. Embora essa manobra exija uma certa pratica, a visibilidade é perfeita e esse recurso que lhe tem feito crer da necessidade do tratamento do cervix, pelo pincelamento com nitrato de prata.

SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GYNECOLOGIA, EM 13 DE OUTUBRO

Presidente : DR. J. ONOFRE DE ARAUJO

DIAGNOSTICO PRECOCE DE CANCER DO COLLO UTERINO PELO TEST DE LAHSCHILLER — DR. FUAD DAUD

— O A. faz uma exposição sobre o methodo, sobre os principios, technica e interpretação, para afinal referir as 309 observações rea-

lizadas no pré-natal da Clínica Obstétrica de Faculdade de Medicina de São Paulo. O resultado consistiu em apenas duas provas positivas, não confirmadas ulteriormente pelo exame histológico.

Apresenta a seguir as suas conclusões que podem ser reunidas em : a) o test de Lahn-Schiller para o diagnostico precoce e presumível do cancer do collo uterino, deve ser praticado systematicamente até que se prove a sua insuficiência ou nullidade ;

b) é uma prova de manejo accessível a todos, não exigindo instrumental custoso ou complicado ;

c) é inoffensiva, indolor e deve servir de complemento a todos os exames gynecologicos.

Commentarios : Dr. H. Schor elogiou o A. do trabalho sua perseverança e probidade experimental. Pensa, no entanto ser este test um templo inicial para a biopsia selectiva, mesmo assim, de valor relativo, como se deduz das proprias experiencias do A.

Dr. Onofre de Araujo : Pedesclarecimento de uma affirmação que julga ter ouvido : que a prenhez modificaria a leitura ou a interpretação do test, segundo affirmação de AA. estrangeiros. Tendo o A. feito suas pesquisas em gestantes poderia informar si nos seus casos havia observado tal facto a que o A. respondeu dizendo que tinha sido affirmado por um pesquisador italiano que observara na gestante, um retardamento na impregnação pelo Lugol, não havendo nenhuma particularidade quanto á leitura do resultado.

VITAMINA C E VOMITOS SIMPLES NA GESTAÇÃO -

(Nota prévia) — Drs. H. SCHOR e O. NESTERES — A cerca de um anno, os AA. foram levados a tratar de um caso de vomitos rebeldes da gestação, que não cediam á medicação usual, em paciente que já apresentara as mesmas condições em gravidez anterior, abortando.

Nestas contingencias, usaram a vitamina C por via endovenosa, vindo estes symptomas a desaparecer por completo após a 1.ª injeção de dez centigramas.

Animados por estes resultados, iniciaram tal therapeutica, acompanhada de dosagens na urina, antes, durante e depois de sua administração. Embora a simples dosagem da vitamina C na urina não dê noção exata da quantidade existente no organismo, apresenta, no entanto, indicação relativa do seu maior ou menor aproveitamento.

A seguir estudam o provavel mecanismo de sua acção. Aham que a vitamina C provoca o armazenamento dos hydratos de carbono no figado e estando augmentado o metabolismo dos hydratos de carbono na gravidez, torna-se evidente esta maior necessidade de vitamina C. Aham outros AA. que a vitaminose C augmenta a permeabilidade capillar ; dando-se este facto ao nivel do plexo choroideo segue-se a excitação nervosa e vomitos.

Aham, com varios AA., que os vomitos se apresentam principalmente no primeiro trimestre da gravidez por não haver reservatorio para o armazenamento sufficiente desta vitamina, pois a placenta ainda não se desenvolveu.

Citam experiencias demonstrando a acção da vitamina C no florescimento do corpo luteo que, por sua vez, estimularia a decidua.

Relatam, finalmente, alguns dos 63 casos observados em que põem de manifesto o valor incontestavel desta therapeutica nos vomitos simples da gestação.

Promettem, ainda, os AA., para breve, a terminação de seu trabalho.

Commentarios : Dr. Onofre de Araujo : Perguntou aos A.A. porque razão não deram preferencia á determinação da taxa da ascorbinemia ao invéz da arcobinuria para verificação das condições do metabolismo da vitamina

C; ao que os A.A. responderam dizendo das dificuldades technicas dessa dosagem para um emprego systematico e acreditam que a determinação da ascorbinuria

seja sufficiente. No emtanto, em casos futuros, fariam as pesquisas na urina e no sangue, para ter impressão pessoal das affirmações que fizeram.

Sociedade Paulista de Leprologia

SESSÃO DE 10 DE FEVEREIRO

Presidente : DR. ENÉAS DE CARVALHO AGUIAR

NOTAS SOBRE O 6.º CONGRESSO DE SCIENCIAS DO PACIFICO — DR. A. ROTBERG

— O A. relata sobre o referido Congresso, do qual tomou parte como convidado official, representando o Serviço de Lepra de São Paulo. Realisado de Julho a Agosto, na California. E.E. UU., foram alli apresentados 742 trabalhos originaes referentes aos 9 themas que se propoz tratar o Congresso, dos quaes a maioria versava sobre Saude Publica e Nutrição. Os 10 trabalhos brasileiros apresentados se referiam á esse thema — Lepra, typho exanthematico, micoses e trachoma. Sobre Lepra, foram apresentados 18 trabalhos, sendo dois do Brasil. No trabalho alli apresentado pelo A. foram projectadas perto de 200 photographias das diversas dependencias do Serviço de Prophylaxia da Lepra de São Paulo, que interessaram vivamente a assistencia. Refere-se á visita feita ao Leprosario Nacional

de Carville, projectando aspectos photographicos de suas magnificas installações.

O ALFON NO TRATAMENTO NA LEpra — DRS. ARY LIPPELT e J. MENDONÇA DE BARROS

— Os AA. tomaram ao acaso trinta doentes, entre os que se tratavam pelo "Alfon", no Sanatorio "Padre Bento", verificando, de modo geral, não haver melhoras nas lesões. Pequena foi a porcentagem de casos que permaneceram inalterados não só no ponto de vista dermatologico, como tambem ophtalmologico. Para o lado da pelle, as peoras se accentuaram na grande maioria. Naquelles casos em que dermatologicamente permanecem inalterados, houve peora pelo comprometimento ocular e vice-versa. Concluem á semelhança do que se observa noutros leprosanos do S. P. L., ser o "Alfon" um medicamento que não consegue, pelo menos, evitar a progressão das lesões leproticas.

SESSÃO DE 9 DE MARÇO

Presidente : DR. ENÉAS DE CARVALHO AGUIAR

O CONTAGIO NA LEpra NAS FORMAS FECHADAS — DR. OSCAR LEITE ALVES

— O A. apresenta o resultado de suas observações, realisadas em torno dos doentes de ambulatorio e communicantes, matriculados na Inspectoria Regional de São Carlos. Tomando 37 casos, alli matricu-

lados, apenas em 17 pôde realisar os seus estudos do ponto de vista do contagio, por só esses se enquadrarem dentro das premissas que reputa indispensaveis : a) ser o doente de ambulatorio o unico portador da doença na familia, ou não haver alli, outro caso de lepra, de forma aberta :

b) ter o doente pelo menos cinco annos de convivencia com os seus communicantes.

Observou ainda 81 communicantes correspondentes aos 17 pacientes acima mencionados, observando minuciosamente os seguintes factores: a) forma de molestia do fôco; b) tempo de doença e de convivencia; c) parentesco do doente com os communicantes; d) ambiente.

Observando ainda: a) nacionalidade, extensiva aos ancestraes; b) idade.

Conclue que, em nosso paiz, a lepra nas fórmias fechadas não é contagiosa.

ARTERIOSCLEROSE E LEPRO

— DR. FERNANDO L. ALAYON

— O A. apresenta o resultado de seus estudos em 150 necropsias praticadas em portadores de lepra — forma lepromatosa, com referencia a frequencia de arteriosclerose. Verificou ser muito rara esta affecção, principalmente nos individuos que apresentavam lesões visceraes accentuadas, verificando ainda nitida hipocolesteromia e presença de lesões graves das suprarenaes. Nos casos em que encontrara lesões arterioscleroticas, habitualmente o grau de infecção leprosa visceral era diminuto ou quasi nullo.

Sociedade dos Medicos da Beneficencia Portuguêsa

SESSÃO DE 16 DE JUNHO

Presidente: DR. MENDONÇA CORTEZ

ENTUBAÇÃO DUODENAL NO DIAGNOSTICO E NA THERAPEUTICA DAS MOLESTIAS DO FIGADO E DAS VIAS BILIARES

— DR. JOÃO MANOEL ROSSI — O A. deixando de lado a parte technica propriamente dita, entra no estudo do diagnostico das molestias do figado e das vias biliarias, dando o resultado de suas observações, referindo-se particularmente á prova de Meltze-Lyon. Detem-se no estudo das provas sub-positivas e negativas, focalizando as principaes affecções vesiculares, e extra-vesiculares em que ellas são obtidas, passando logo depois a referir os seus resultados na therapeutica pela entubação duodenal.

Discussão: O dr. Eurico Branco Ribeiro pergunta si o uso de anti-espasmodicos, para facilitar a passagem da sonda não perturbava a prova de Meltze Lyon.

O sr. presidente lembra ao dr. Rossi que a entubação duodenal é tambem um methodo precioso

no estudo das funcções do estomago, duodeno e do pancreas. Naturalmente o thema é vasto e não seria possivel em tão pequeno tempo descrever, em todos os seus detalhes, as varias applicações da entubação duodenal.

O dr. João Manoel Rossi responde: ao dr. Eurico Branco Ribeiro, que o uso de anti-espasmodicos não prejudica a prova de Meltze-Lyon; ao sr. presidente que, propositadamente não se referiu ao emprego da entubação nas molestias do estomago, duodeno e pancreas só se referindo ao figado e ás vias biliaries extra e intra-hepaticas.

A DIATHERMIA E AS ONDAS CURTAS NO TRATAMENTO DAS AFFECÇÕES HEPATO-BILIARES

— DR. FAUSTO SEABRA — O A. começa por traçar um ligeiro esboço historico sobre o uso em medicina das correntes de alta-frequencia. Em seguida estuda as diferenças

entre a diathermia ordinaria e a da arsonvalisação em ondas curtas. Passa a estudar os seus principaes effeitos, citando trabalhos experimentaes realizados por autores estrangeiros. Continuando, refere-se ás inicações therapeuticas, relatando os resultados de suas observações pessoais. Termina achando que a diathermia, em ondas longas ou em ondas curtas, merece ser empregada como therapeutica auxiliar nas afecções hepato-biliares.

Discussão : O dr. Eurico Branco Ribeiro refere a proposito, um caso de cirrhose com ascite no qual empregou a diathermia, que permittiu espaçar as punções.

O dr. Franciseo Finocchiaro propõe o uso, concomittante da radiotherapia no processo inflammatorio do figado e das vias biliares.

O dr. João Manoel Rossi, pergunta ao A. si tem usado exclusivamente a diathermia, achando que seria interessante fazer um estudo comparativo com os demais methodos de tratamento.

O A. agradece aos drs. Eurico Branco Ribeiro e F. Finocchiaro. Ao dr. J. Rossi responde que a therapeutica pela diathermia e pelas ondas curtas não deve ser empregada exclusivamente; a sua acção se manifesta principalmente sobre o elemento dôr.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia

SESSÃO DE 14 DE FEVEREIRO

Presidente : DR. ALVARO COUTO BRITTO

INTOXICAÇÃO CRONICA PELO CHUMBO E PERTURBAÇÕES MENTAES — DR. E. DE AGUIAR WHITAKER — O A. foi perito em um caso de aposentadoria por invalidez adquirida em serviço, na pessoa de um funcionario publico. Tratava-se de um ferimento por bala, a qual ficara alojada na região cervical do paciente, durante muito tempo, em zona de accesso cirurgico muito difficil, havendo, posteriormente, surgido disturbios mentaes. Um anno após ter recebido o ferimento, começou o paciente a sentir diversos disturbios, que perduram, accentuados até hoje : dor de cabeça, insomnia, exaggerada irritabilidade, accessos colericos aggressivos, com momentanea perda da consciencia, impulsividade, diminuição da sociabilidade, desanimo, tonturas ao abaixar-se e ao levantar-se, etc., mas com fundo psychico satisfactorio. Foram feitos exames complementares. A analyse chimica

da urina e fezes revelou a presença de vestigios de chumbo. A symptomatologia apresentada pelo paciente é descripta pelos autores como resultado de intoxicação pelo chumbo. Considerando a presença do projectil no examinando, como o seu restilho metallico, a natureza plumbea do mesmo, de accôrdo com a imagem radiologica e tendo-se em conta o material habitualmente empregado na respectiva fabricação, e a symptomatologia, posterior ao ferimento, pôde o A. estabelecer o diagnostico de "psychose exotoxica originada pelo chumbo".

Concluiu o A. dizendo tratar-se de um caso de invalidez motivada por um projectil de arma de fogo, incompatibilizando o paciente com as funções do seu cargo.

O sr. presidente enalteceu a comunicação, tendo descripto tambem um interessante caso, quasi identico ao que acabara de

ser estudado pelo dr. Aguiar Whitaker, mas cuja symptomatologia desaparecera após a extirpação do projectil.

O dr. Whitaker, respondendo, disse que, no caso que trouxera

ao conhecimento da Sociedade, a operação fôra contra-indicada devido á melindrosa localização da bala, o que talvez não tenha acontecido com o caso descrito pelo dr. Alvaro Couto Britto.

SESSÃO DE 29 DE FEVEREIRO

Presidente: DR. MOYSÉS MARX

A PERICIA MEDICO-LEGAL NO NOVO CODIGO DE PRO- CESSO CIVIL BRASILEIRO

PROF. ANTONIO ALMEIDA JR. — Estudando os principaes aspectos do exame pericial, segundo o Código de 18 de Setembro de 1939, declarou o A. que a nova lei, ao lado de innovações excellentes, encerra alguns defeitos. Apontou logo de inicio, pequenas falhas a respeito do conceito de pericia e dos casos de recusa de exame pericial. Importante novidade é a que se refere ao numero e ao modo de escolha dos peritos: o perito será um só, escolhido livremente pelo juiz. Realmente, dada a conceituação da pericia, não ha necessidade de numero plural de peritos: um só bastará. Demais, é preferivel o systema da livre escolha, pelo juiz, pois o perito representa um auxiliar tecnico deste. O que importa ter presente é o principio que o ministro italiano Rocco resumiu na seguinte phrase: "Todos os systemas periciaes são bons, se bons foram os homens que os praticarem".

Depois de estudar, em resumo, as formalidades relativas á notificação, ao compromisso (omitido pelo Código), aos prazos, aos quesitos, á realização da pericia e a apresentação da laudo, demorou-se o A. na questão da audiencia e da comparticipação do perito nos debates, tambem novidade trazida pela lei.

No que respeita á apreciação do laudo pericial, o Código expressamente isenta o juiz de vincular-se ao parecer do perito, mas obriga-o a fundamentar a sua divergencia. Demais, nos casos

de pericia necessaria, a analyse da lei mostra que o vinculo existe, embora possa o juiz, por discordar de um laudo, nomear novos peritos.

O assistente tecnico (que já existiu na vigencia do Regulamento Paulista n. 1.602, de 30 de Abril de 1908), é outra innovação do Código, imposta, aliás, pela unicidade do perito. Implicita ou expressamente, cabe ao assistente tecnico. a) colaborar na feitura dos quesitos; b) acompanhar as diligencias do perito; c) effectuar investigações, por si mesmo; d) apreciar e, eventualmente, impugnar as conclusões do laudo. O Código não deixa claro nem a epoca em que o assistente toma conhecimento das conclusões, para impugnal-as, nem a forma pela qual as impugnações serão apresentadas.

O Congresso Internacional de Medicina Legal, de 1934, em Lille, recusou, por grande maioria, a instituição da assistencia tecnica. Entretanto, a experiencia italiana, commentada pelo professor Ascarelli, é favoravel a ella. Não procede a allegação segundo a qual "a verdade é uma só", pois o seu pesquisador pôde errar, voluntaria ou involuntariamente, de onde a conveniencia da fiscalisação.

Está o assistente tecnico, do ponto de vista deontologico, obrigado a dizer só a verdade? Por certo que sim. E toda a verdade, mesmo quando desfavoravel ao assistido? Julga o A. que não, pois, na essencia do seu mandato está a obrigação de procurar tão somente o que interessa á parte que o indicou.

SESSÃO DE 14 DE MARÇO

Presidente : PROF. FLAMINIO FAVERO

CONSTITUIÇÃO INDIVIDUAL. ASPECTOS MEDICO-LEGAES — DR. MANUEL PEREIRA — Inicialmente, o A. fez um rapido exame sobre as idéas constitucionalistas antigas e actuaes. Em seguida, passou ao conceito de biotypologia, detendo-se, demoradamente, no da constituição individual, no estudo critico das

varias classificações biotypologicas, particularmente em alguns aspectos da constituição sexual, terminando por apresentar varios casos de individuos examinados na secção de biotypologia do Instituto Oscar Freire, com relação aos aspectos constitucionaes que apresentam interesse á medicina legal.

LITERATURA MEDICA

Livros Recebidos

Alterações da sensibilidade na paralisia periódica familiar de Westphal — PAULINO WATT. LONGO, São Paulo, 1939.

Trata-se da these com que o A. se candidatou á cathedra de Clinica Neurologica da Escola Paulista de Medicina. O trabalho mereceu nota maxima da banca examinadora, composta de professores de varias escolas brasileiras — Austregesilo, Aloysio de Castro, Pacheco e Silva, Adherbal Tolosa e Jairo Ramos. Nada mais é preciso dizer para encarecer o valor da these. E' mais uma confirmação da grande importancia de que se reveste a escola neurologica impulsionada por Enjolas Vampré e que continua produzindo exccilentes trabalhos, á custa de uma pleiade de discipulos de grande merito, entre os quaes está o A. Prova disso foi o brilhante concurso, que lhe valeu o titulo de professor. O volume contem 132 paginas em agradável apresentação.

Anestesia peridural — DARIO FRACANELLA e JUVENAL SILVA MARQUES, São Paulo, 1939.

Em separata dos Archivos de Cirurgia Clinica e Experimental, os AA. distribuiram um elegante volume de 138 paginas em papel "couché" contendo o trabalho com que conquistaram o "Premio Nicolau Baruel" de 1938. Trata-se de um excellente estudo a respeito da anesthesia peridural, realizado pelos AA. no Departamento Experimental de Technica Cirurgica da Escola Paulista de Medicina e no Departamento de Pharmacologia da Faculdade de Medicina de São Paulo, com o concurso do analysta Dr. Dario Pedroso. Depois de numerosas pesquisas, chegaram os AA. a interessantes conclusões, que seria longo resumir. Só mesmo a leitura do trabáho poderá inteirar dos pontos de vistas sob os quaes a experimentação fez os AA. encaramem os varios problemas da anesthesia peridural. O assumpto é de actualidade e o livro merece ser lido pelos que se dedicam á cirurgia.

Velhice — ANNAES DO CONGRESSO DE KIEW, realizado em 1938, Kiew, 1940.

Reuniu-se em Kiew em 1938 um importante Congresso destinado ao estudo dos problemas da senectude. Numerosos pesquisadores russos compareceram ao certame, apresentando trabalhos de alto valor sobre os mais variados aspectos da physiologia e da pathologia da velhice. Toda essa interessante materia está contida num volume de 492 paginas, que acaba de ser distribuido.

Proyecto de Código de Menores — EZEQUEIL MUÑOZ e outros, Lima, 1939.

Em um volume de 60 paginas, viu contido o projecto de Código de Menores proposto por uma commissão especialmente nomeada para ser adoptado na vizinha republica do Perú. Trata-se de assumpto de actualidade, que foi encarado sob um aspecto regional, á luz das conquistas sociaes da actualidade.

Album da Secretaria de Saúde e Assistencia — MESSIAS DO CARMO, Rio, 1939.

Trata-se de um album comemorativo do 2.º anniversario da actual administração, contendo grande copia de photographias demonstrativas da grande actividade daquelle departamento official do Districto Federal.

Asphyxia e inibição — ISMAEL GUSMÃO, Rio, 1939.

E' o folheto na 12 da serie "Panfletos educativos" distribuidos pela Divisão de Propaganda e Estatistica da Secretaria de Saude e Assistencia do Rio de Janeiro. O presente volume contém uteis conselhos em linguagem ao alcance de qualquer pessoa.

Annaes da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Itabuna — Vol. correspondente a 1938 1939.

Num volume de perto de 300 paginas, a Sociedade de Medicina e Cirurgia de Itabuna fez publicar os interessantes trabalhos discutidos em suas reuniões realizadas em 1938 e 1939. E' uma valiosa contribuição para a literatura nacional, digna de ser imitada por todas as sociedades que não podem manter um boletim regular.

Boletin Sanitario — Suplemento especial, Buenos Aires, 1938

O Departamento Nacional de Higiene da Argentina reuniu em um suplemento especial do seu Boletim Sanitario todas as leis em vigor naquella paiz e referentes á saude publica, formando um volume de mais de 500 paginas. Pela sua praticidade, o exemplo das autoridades sanitarias argentinas merece imitação em paizes como o nosso, em que, por força das grandes transformações sociaes, numerosas leis foram accrescidas ou modificadas.

melhor regulador do fígado e do intestino

Sulfobilina

Enxofre colloidal, bile, boldo, combretum, podophyllum, belladonna

Dose: 1 a 4 drageas após as refeições

Laboratorio Gross - Rio de Janeiro

IMPrensa MEDICA PAULISTA

Summario dos ultimos numeros

Archivos de Biologia, XXIV, 25-50, fevereiro 1940 — Methodos de synthese da benzedrina — Quintino Mingoja; Lições de endocrinologia — Dionisio Gonzalez Torres.

Archivos Brasileiros de Ophthalmologia, III, 1-48, fevereiro 1940 — A volta de um fichario — J. M. Rolemberg Sampaio: Quininoterapia local no tracoma — Francisco Ayres; Aneurisma arterio-venoso da carotida interna do seio cavernoso — Paula Santos e Zefirino Amaral; Relação entre distancia inter-pupilar pedida na receita e distancia entre os centros dos aros da armação — Durval Prado.

Archivos de Cirurgia Clinica e Experimental, III, 329-405, outubro 1939 — Sobre o emprego de doses elevadas de hormonio sexual masculino — José Ricardo A. Guimarães; Contribuição para o estudo da inervação do "Musculus pyramidis" — João de Moraes Guerra; Planigrafia na tuberculose pulmonar — M. A. Nogueira Cardoso.

Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, XXIII, 257-300, novembro 1939 — Proteger a creança é garantir o futuro da raça — Jorge Queiroz de Moraes; Proteção á 1.^a infancia — Octavio Gonzaga; Proteção da criança escolar em S. Paulo — Francisco Figueira de Mallo; Syndrome de Lichtheim — Cyro A. Dorsa.

Clinica e Therapeutica, III, 1-20, fevereiro 1940 — Um caso de esclerose lateral amiotrofica — Ernesto Tramonti.

Gazeta Clinica, XXXVII, 447-478, dezembro 1939 — "Florada na Serra" e psicopatologia — J. N. de Almeida Prado; Sobre

um caso de cancer do assoalho da boca. Operação. Cura — Friedrich Muller; Um novo methodo para pesquisa do acido gastrico — José Engelberg.

Novotherapie, XIX, 1-32, junho 1939 — Impossibilidade de falar — W. Berardinelli; Caso de adenite cervical tuberculosa — Ribeiro dos Santos.

Pediatria Practica, X, 363-449, setembro-outubro 1939. — Invaginação intestinal na criança — J. R. Woiski; Invaginação intestinal aguda na criança — Mario Ottobri Costa e Alvaro A. de Camargo Andrade; Contribuição ao estudo do metabolismo da vitamina C no organismo humano — Vicente Baptista.

Resenha Clinico-Cientifica IX, 831-118, março de 1940 — Profilaxia e tratamento do abcesso pulmonar da infancia — Luigi Spolverini; Escleroma do recém-nascido — Sebastiano Cananata; A syndrome "fisiopatica" — Giorgio Benassi; A syndrome de Cooley, "anemia mediterranea" no adulto — Virgilio Chini.

Revista da Associação Paulista de Medicina, XVI, 1-76, janeiro 1940 — Tratamento da thrombo-angeite obliterante pela gangliectomia lombar selectiva — S. Hermeto Jr.; Considerações clinicas sobre dois casos de reticulohistiodiocyoma generalizado dos ganglios lymphaticos — Armando Valente.

Revista Clinica de S. Paulo, VII, 45-90, fevereiro 1940 — Um novo factor hipoglicemiant — Paulo de Almeida Machado; Co-réa senil — Sá Leitão.

Revista de Ophthalmologia de S. Paulo, VII, 81-142, abril-setembro 1939 — Resultados obti-

dos em alguns casos de atrofia do nervo optico combinando o tratamento medicamentoso ao cirurgico — Paiva Gonçalves; Ter-

ceiro Congresso Brasileiro de Ophthalmologia — Ciro de Rezende; Xantomatose primaria da cornea — A. de Almeida.

VIDA MEDICA PAULISTA

Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

Posse da nova directoria — Effectuou-se no dia 7 de março ás 21 horas, na sede social da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, a rua do Carmo, 6, a solennidade da transmissão de poderes da directoria que terminou o mandato neste anno aos directores eleitos para o exercicio de 1940-41.

A assistencia occupava literalmente o amplo amphitheatro. Estiveram presentes numerosas senhoras, socios e estudantes de medicina.

A' mesa, que foi presidida pelo prof. dr. Jairo de Almeida Ramos, sentou-se, além de membros da antiga directoria, o dr. Mario Lins de Barros, Secretario da Educação.

Constavam da ordem do dia da reunião os seguintes actos: a) abertura da sessão: b) homenagem aos drs. J. Ribeiro de Almeida e Manuel de Araripe Suppirá, os quaes deixaram, respectivamente, os cargos de secretario-geral e thesoureiro; c) discurso do professor Ovidio Pires de Campos, saudando-os, seguindo-se a resposta de ambos; d) entrega do premio "Sergio Meira" de Sciencias Aplicadas á Medicina: discurso do dr. Odorico Machado de Souza, que fazia entrega do premio e resposta do dr. Joaquim Lacaz de Moraes, que o recebia; e) relatorio do thesoureiro; f) relatorio do secretario-geral.

Essa parte da ordem do dia desenvolveu-se na ordem enunciada.

Usou, então, da palavra, o prof. Jairo de Almeida Ramos,

presidente da directoria cujo mandato terminava, que pronunciou longo discurso, muito aplaudido no final. O orador convidou, a seguir, os directores recentemente eleitos para tomarem posse dos seus respectivos cargos. Sentaram-se á mesa, logo depois, o dr. Raul Vieira de Carvalho, presidente; professor Franklin de Moura Campos, vice-presidente; dr. Pedro Ayres Netto, secretario geral, e dr. Oscar Cintra Gordinho, thesoureiro.

O dr. Raul Vieira de Carvalho ao agradecer a sua eleição e tomar posse do cargo para o qual fôra escolhido, pronunciou a seguinte oração:

"Ao assumir a presidencia da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sejam as minhas primeiras palavras, palavras de carinhosa saudade á memoria de meu pae, um dos fundadores desta casa e a cujos exemplos e ensinamentos devo o ter conseguido a vossa confiança para o cargo que me commetteis.

Não é tarefa facil nem commoda a que tenho de supportar. De facto, occupar um posto em que brilharam Pereira Barretto, Mathias Valladão, Sergio Meira, Rezende Puech, Schmidt Sarmiento, e por ultimo: Arnaldo Vieira de Carvalho, o maior dos cirurgiões patricios, o amigo infalivel, o mestre solcito, o guia firme, o modelo da ethica profissional tão desdenhada hoje, a perfeição mesmo do ente humano, a figura nobre e digna do medico na extensão da palavra; é encargo pesado demais para as minhas poucas forças.

Ao lembrar-me desses vultos, e só citei alguns dos mortos, sinto-me pequeno demais para tão alto voo.

Desta casa têm sahido nobres e alevantadas iniciativas, todas visando o bem do povo de nossa terra. Uma das mais recentes e que de mais perto me toca o coração, daqui partiu por volta de 1919 com grito de alarma de Arnaldo Vieira de Carvalho, reunindo os amigos para o inicio da campanha contra o cancer.

Contando com a generosidade, nunca desmentida, da gente de nossa terra, angariou quantias que sommam cerca de mil contos.

A morte colheu-o antes que pudesse ver os frutos da semente lançada. Um grupo de amigos — Oswaldo Portugal, Ovidio Pires de Campos e Ayres Netto — levou avante a obra iniciada. Ao me referir neste momento a esta obra, ultima idéa philantropica de Arnaldo Vieira de Carvalho, sinto-me feliz por ver ter ella a sua existencia garantida com o seu funcionamento entrosado com a maior organisação hospitalar de São Paulo: a Santa Casa de Misericordia e a Faculdade de Medicina e Cirurgia, instituições a que meu pae deu o melhor de seus esforços: á primeira como seu director clinico durante mais de 25 annos, e, á segunda, de que foi fundador e organisador.

E' de praxe, ao assumir alguém um posto de commando, estabelecer um programma, especie de plataforma de governo; e raros, rarissimos mesmo, os que terminam o mandato com a satisfação do cumprimento integral do prometido; para me poupar o disabor de não cumprir o prometido não apresentarei programma algum.

Nas condições anormaes do mundo, hoje, lançado pela ambição de um homem numa guerra barbara e cruel, é-nos impossivel contar com a presença, entre nós, dos grandes vultos da medicina européa, como acontecia ha annos atrás, em que nos foi dado ouvir lições magistraes de grandes mes-

tres como J. L. Faure, Marchoux, Legueu, Guy Laroche e outros.

Tentaremos, todavia, intensificar ainda mais o intercambio cultural entre os Estados do nosso paiz, procurando, se possivel, trazer a esta capital os grandes nomes da medicina patria para realisações de conferencias.

Temos alguns problemas de ordem interna que carecem de solução urgente e procurarei, contando com a vossa collaboração e boa vontade, resolver-os do melhor modo possivel para a nossa sociedade: entre elles, creio, um dos mais prementes se refere á frequencia diminuta, quasi ridicula as nossas sessões. Este mal data de longo tempo, e se me não engano Almeida Prado, ao findar a sua efficiente peridencia, se referia com amargura ao desinteresse dos socios desta casa pelas suas sessões. Apesar dos appellos desde então feitos, nada se conseguiu; pretendo, para isso, nomear comissões para estudar e apresentar sugestões tendentes a por termo a tão lastimavel estado de coisas.

Como sabeis todos, tem a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sob a sua guarda, a quantia de cento e poucos contos conseguidos por subscrição publica, para a erecção de um monumento ao inolvidavel Oswaldo Cruz. Está este dinheiro depositado em um banco desta capital.

E' intenção nossa tratar com o dr. Celestino Bourroul, presidente da comissão encarregada de angariar os fundos necessarios á confecção do monumento, um meio de se empregar utilmente essa avultada quantia e livrar a sociedade de tão pesada responsabilidade.

Não quero terminar sem me referir a dois grandes vultos que até hoje exerceram com dedicação e proficiencia cargos na directoria desta casa, e que infelizmente, por motivos ponderosos, são obrigados e abandonal-os; refiro-me, já o percebestes, a Ribeiro de Almeida, operoso secretario geral, cargo que tanto hon-

rou com a sua dedicação e intelligencia e a Araripe Sucupira, o nosso grande thesoureiro, que durante 16 annos, foi o esteio firme e inabalavel de nossa economia que dirigiu com pulso de ferro de dedicação incomparavel.

Exmo. sr. dr. Secretario da Educação.

A Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo agradece-vos penhorada a honra que lhe concedeis, comparecendo a esta solenidade. Medico que sois, bem comprehendéis quão nobre e util é a obra desta agremiação e sabeis perfeitamente que ella necessita do vosso auxilio e da vossa assistencia para poder continuar a prestar á nossa terra os serviços, que o nosso povo já se acostumou a receber. Estou certo que, não nos desampareis para que possamos continuar a trilhar o

caminho aberto pelos nossos maiores”.

Além dos membros que tomaram posse dos seus cargos, a directoria da Sociedade de Medicina e Cirurgia do novo periodo conta com mais os seguintes elementos :

Presidentes das secções — Medicina Geral, dr. Oscar Monteiro de Barros ; Cirurgia Geral, dr. Domingos Define ; Medicina Especializada, dr. Durval Marcondes ; Cirurgia Especializada, dr. Geraldo Vicente de Azevedo ; Sciencias Applicadas, dr. Carmo Lordy e Medicina Social, dr. Danton Malta.

Constituem a commissão de patrimonio os Drs. professor Cantidio de Moura Campos, professor Antonio de Almeida Prado, professor Celestino Bourroul e professor Jairo de Almeida Ramos.

Escola Paulista de Medicina

Distinguido com o titulo de professor “Honoris causa” o dr. Clemente Ferreira — Realisou-se em março ultimo no salão nobre da Liga Paulista Contra a Tuberculose, á rua Rego Freitas n. 527, a sessão solenne durante a qual o dr. Clemente Ferreira, presidente perpetuo dessa instituição, recebeu o titulo de professor “honoris causa” com que foi distinguido pela Escola Paulista de Medicina.

Como tambem havia sido divulgado, os medicos da Liga Paulista Contra a Tuberculose, os tisiologos da capital, de S. José dos Campos e de Campos do Jor-

dão, bem como os profissionaes mais ligados ás questões de tuberculose, nessa solennidade offereceram ao dr. Clemente Ferreira a béca com que o illustre tisiologo recebeu o titulo de professor “honoris causa” da Escola Paulista de Medicina.

Presidiu a sessão o dr. Santos Fortes, tendo tomado assento á mesa os srs. Drs. Fabio Belfort, Vicente Ferrão e Lemos Torres.

Em nome dos tisiologos do Estado, offertou a béca ao dr. Clemente Ferreira o sr. presidente da sessão. O dr. Clemente Ferreira pronunciou um discurso de agradecimento.

D Y N I O D O

S Ô R O T O N I C O I O D A D O

Injecções indolores musculares

ASSOCIAÇÃO DA INFLUENCIA ANALGESICA, ANTIRHEUMATICA E HYPOTENSIVA DO IODETO DE SODIO Á ACÇÃO TONICA NERVINA DO GLYCEROPHOSPHATO DE SODIO

LABORATORIO GROSS - RIO

